



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Saúde Mental e Psiquiatria

As Técnicas de Relaxamento como Instrumento Terapêutico de Enfermagem em Pessoas com Sofrimento Mental

Maria Teresa Moreno Nobre Carvalho Elias

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

As Técnicas de Relaxamento como Instrumento Terapêutico de Enfermagem em Pessoas com Sofrimento Mental

Maria Teresa Moreno Nobre Carvalho Elias

Orientada por: Doutora Francisca Manso

2014



*“Se queremos progredir,
não devemos repetir a história,
mas fazer uma história nova”*

Mahatma Gandhi

Agradeço

A Deus, que me permite viver, prosseguindo o meu sonho e a minha missão.

À minha família, que me apoiou e incentivou, em especial ao meu marido e filhos
que foram o meu “porto seguro”.

Aos meus professores, orientadores e colegas de profissão dos campos de estágio,
que me ajudaram no meu percurso de aprendizagem, transmitindo-me o seu saber.

À minha madrinha de curso, que apoiou o meu sonho de ser enfermeira.

Às professoras Francisca Manso e Luísa D’Espiney, pela disponibilidade que
sempre revelaram, apoiando o meu crescimento.

Aos utentes e famílias, que conheci e me deram sempre o seu voto de confiança.

Aos amigos, que nos apoiam quando precisamos.

Lista de abreviaturas e siglas

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde mental e psiquiatria

HSM – Hospital de Santa Maria

NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TPH – Transplante de progenitores hematopoiéticos

UP – Unidade de projeto

UTIDH – Unidade de tratamento intensivo de doentes hematológicos

UTMO – Unidade de transplante de medula óssea

VD – Visita Domiciliária

Resumo

O presente relatório corresponde ao percurso baseado no projeto de estágio, no âmbito do IV Curso de Pós-graduação e Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

O estágio foi desenvolvido em três fases, de modo a experienciar várias realidades e intervenções, e objetivando a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área de saúde mental e psiquiátrica.

Os locais de estágio foram: Serviço de internamento de psiquiatria num hospital central, Unidade de Projeto em hospital central e Centro Integrado de tratamento e reabilitação de doentes mentais.

O objeto de estudo, teve enfoque no desenvolvimento da relação terapêutica e das técnicas de relaxamento, como intervenção terapêutica autónoma, do enfermeiro especialista no cuidar de pessoas em sofrimento.

Foram realizadas intervenções de âmbito psicoterapêutico, especialmente técnicas de relaxamento, em todos os contextos de estágio, quer em grupo quer individualmente, com recurso a plano de intervenção e respetiva avaliação qualitativa e quantitativa, de modo a adquirir competências para implementar um projeto de intervenção a médio prazo, no Serviço de hematologia. A supervisão ficou a cargo das enfermeiras orientadoras.

Neste percurso, foi sendo realizada pesquisa objetivando uma fundamentação na evidência científica. Foram realizados diários de aprendizagem com respetiva fundamentação teórica e análise reflexiva segundo o ciclo de Gibbs, como previsto em documento orientador de estágio.

Os resultados da avaliação das intervenções foram muito positivos e, todas as experiências constituíram um fator de aprendizagem e reflexão, provendo um crescimento pessoal e profissional.

Palavras- chave: Técnicas de relaxamento, relação terapêutica, sofrimento mental, doente oncológico, perturbação da ansiedade

Abstract

This report corresponds to the path based on the training, in the context of the Fourth Course of Post-graduate and Master in Mental and Psychiatric Health Nursing.

The training was developed in three phases, to experience different realities and interventions, and aiming for the acquisition and development of specialist nurse skills in the area of mental and psychiatric health.

The training took place in Service of internment of psychiatry in a central hospital, Unit of Project in central hospital and Integrated Center for treatment and rehabilitation of the mentally ill patients.

The subject of the study was focused on the development of the therapeutic relationship and of the relaxation techniques, as an autonomous therapeutic intervention by the specialist nurse in caring for people in distress.

Psychotherapeutic interventions were performed, especially relaxation techniques, in all contexts of the training, either as a group or individually, using an intervention plan and the respective qualitative and quantitative assessment, in order to acquire skills to implement, in a medium term, the intervention project in the Department of hematology. The supervision was in charge of the supervisor nurses.

In this course, research was conducted aiming for a validity based on the scientific evidence. Learning diaries were carried out with the proper theoretical basis and reflexive analysis according to the Gibbs cycle, as expected in the guiding document for the training.

The results were very positive and all the experiences were a factor of learning and reflection, providing a personal and professional growth.

Keywords: relaxation techniques, therapeutic relationship, mental suffering, cancer patient, disturbance of anxiety

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1.1. O cuidar da pessoa em sofrimento mental	12
1.2. A intervenção de enfermagem segundo a teoria das relações interpessoais	17
2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS	22
2.1. Delimitação da problemática clínica	22
2.2. Objetivos do estágio	25
2.3. Instrumentos, procedimentos e técnicas de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria	26
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA	28
3.1. Caracterização dos contextos de estágio e intervenções de cariz terapêutico em enfermagem de Saúde mental e psiquiatria	28
3.1.1. Serviço de Internamento de Psiquiatria de Hospital Central	29
3.1.2. Unidade de Projeto	37
3.1.3. Unidade de tratamento e reabilitação na comunidade	44
3.2. Outras atividades extracurriculares	51
4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	53
5. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	57
6. REFLEXÃO FINAL E PERSPETIVAS DE FUTURO	61
7. REFERÊNCIAS	65
7.1. Bibliográficas	65
7.2. Eletrónicas	69

APÊNDICES

APÊNDICE I – Plano de Sessão de “Relaxamento de Jacobson”

APÊNDICE II – Estudo de Caso

APÊNDICE III – Diários de Aprendizagem

APÊNDICE IV – Sessão de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico “A minha viagem”

APÊNDICE V – Plano de Sessão de “Relaxamento autógeno de Schultz”

APÊNDICE VI – Entrevista de ajuda

ANEXOS

ANEXO I – Escala visual analógica adaptada da escala de faces de dor, para avaliação de bem-estar, pré e pós relaxamento

ANEXO II – Técnica do “Percurso de vida” utilizado para colheita de dados

ANEXO III – Fotografias da atividade “Projeto de arquitetura”

ANEXO IV – Certificado do curso de comunicação

ANEXO V – Certificado das Jornadas de Psico oncologia

ANEXO VI – Certificado das Jornadas de Complementaridades

ANEXO VII – Certificado das XXI Jornadas da Adolescência

ANEXO VIII – Certificado do Workshop de Musicoterapia

ÍNDICE DE QUADROS

Página

Quadro nº 1. Caracterização sociodemográfica e diagnósticos dos participantes na sessão de relaxamento	30
Quadro nº 2. Avaliação qualitativa realizada pelos utentes e a observação do enfermeiro.....	31
Quadro nº 3. Avaliação realizada pelos doentes, com escala visual analógica adaptada.....	32
Quadro nº 4. Caracterização sociodemográfica e diagnósticos dos participantes na sessão de relaxamento	39
Quadro nº 5. Avaliação feita pelos doentes, com escala visual analógica.....	39
Quadro nº 6. Avaliação qualitativa, feita pelos utentes e pela observação do enfermeiro.....	40
Quadro nº 7. Caracterização sociodemográfica e diagnósticos dos participantes... na sessão de relaxamento na Unidade Comunitária	46
Quadro nº 8. Observação do enfermeiro e avaliação qualitativa, realizada pelos utentes	47
Quadro nº 9. Caracterização sociodemográfica e diagnósticos dos participantes na sessão de pintura	48

INTRODUÇÃO

A finalidade do presente relatório é o relato de um percurso realizado em Enfermagem de saúde mental, nos locais de estágio selecionados, em contexto de internamento, em unidade de transição e em contexto comunitário, com o objetivo de adquirir competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, e mais especificamente adquirir competências em intervenções terapêuticas individuais e em grupo, nomeadamente em técnicas de relaxamento, para poder implementar um projeto a médio prazo no serviço de origem, (Unidade de Transplante de medula óssea e Unidade de tratamento intensivo de doentes hematológicos).

A escolha de vários campos de estágio visou uma abrangência de situações diferentes, que permitiram vivenciar diversas realidades, consoante o contexto em que se encontra a pessoa em sofrimento.

O trabalho de projeto promove uma prática baseada na evidência, pela identificação de necessidades e problemas reais em contexto de trabalho. É uma metodologia orientada para a investigação/ação, visando a produção de um produto susceptível de uma determinada utilidade. (Amaral, 1989)

Marques (2012), defende que o trabalho de projeto promove uma prática fundamentada e baseada na evidência, através da resolução de problemas reais, vividos em contexto de trabalho.

O doente oncológico, bem como o doente mental, são submetidos a um grande sofrimento, em várias vertentes. No primeiro caso, existe um grande prevalência de perturbações da ansiedade e depressão, associadas à debilidade física, pelo que se torna pertinente o uso de estratégias terapêuticas de intervenção, quer perante o diagnóstico instituído, quer objetivando a promoção da saúde.

Bennett e Murphy (1999), defendem que, “as intervenções deveriam concentrar-se não apenas na redução da incidência de doença, mas também no aumento do bem-estar individual”.p.181

O enfermeiro “participa na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domicílio.” REPE, artigo 9º, Ponto 4, alínea d).

Torna-se assim fundamental, um papel proactivo e dinamizador do enfermeiro, que seja promotor de uma identidade profissional e de um real contributo para a promoção da qualidade de vida dos doentes, vencendo barreiras e saboreando o desafio de cuidar pessoas detentoras de uma unicidade, o que se torna num eterno desafio para o profissional de enfermagem.

No presente relatório serão explicitadas as intervenções terapêuticas individuais e de grupo, realizadas em contexto de estágio, no sentido de adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde mental e psiquiatria.

Nos vários locais de estágio foi dado especial ênfase ao estabelecimento da relação de ajuda, à importância da comunicação no âmbito do cuidar e à prática de implementação de técnicas de relaxamento, como fatores essenciais ao controle de ansiedade, e um recurso autónomo de enfermagem. O estabelecimento da relação, é o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação terapêutica, sendo só por si, um fator de controlo da ansiedade, principalmente num contexto de internamento em que o enfermeiro é o cuidador mais presente.

As diversas situações experienciadas levaram à tomada de consciência da importância do domínio da técnica, do ambiente, do tom de voz e do próprio treino e aprendizagem da técnica. As técnicas de relaxamento implementadas, revelaram sempre uma evolução crescente e positiva na diminuição da ansiedade.

Das atividades realizadas durante o período de Estágio, salientam-se; a realização de técnicas de relaxamento (muscular progressivo de Jacobson e Relaxamento autógeno de Schultz, visualização com recurso a imagens mentais e treino de respiração abdominal), o planeamento e avaliação das sessões, os diários de aprendizagem com base num pensamento reflexivo, o relatório parcial de cada estágio, formação efectuada em jornadas de enfermagem, a realização e apresentação de um estudo de caso e a frequência de um Curso de comunicação no âmbito do cuidar. Todas estas atividades são apresentadas em anexos e apêndices.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Nesta pesquisa realizou-se uma revisão narrativa e uma revisão sistemática, através do motor de busca da EBSCO, com acesso a três bases de dados (Medline, Nursing & Allied e Cinhal) com os descritores: anxiety and oncology and relaxation, combinados com a expressão booleana and.

Os critérios de inclusão foram: artigos científicos com texto integral, todas as idades, ambos os géneros, intervalo de tempo entre janeiro de 2008 e dezembro de 2013.

Desta pesquisa foram seleccionados 20 artigos, sendo dois deles repetidos, alguns dos quais são referidos na delimitação da problemática.

1.1. O cuidar da pessoa em sofrimento mental

O surgimento de uma doença oncológica, tal como o de uma doença mental, não é uma realidade que se encerra em si mesma. Estas implicam um grande sofrimento, imputado tanto à pessoa como à sua família. A doença oncológica gera outros problemas e sofrimento, decorrentes de múltiplas alterações físicas e psicológicas, como alterações familiares, afastamento social, problemas laborais/profissionais, dificuldades monetárias, entre outras.

Com a evolução da doença, os sintomas provocam alterações na auto-imagem e na auto-estima. A pessoa perde os seus papéis familiares e sociais, sente-se um fardo...” (Paulo, 2006.p.39)

Quando abordamos a doença oncológica, somos levados a associar em primeiro plano uma grave alteração física, de maior ou menor extensão, de maior ou menor evolução, de maior ou menor gravidade. No entanto, apesar de a lesão física poder ficar muitas vezes curada, ficam as sequelas psicológicas e um medo permanente

de recidiva que acarrete mais sofrimento e termine eventualmente em morte. Um dos problemas mais graves que os clínicos enfrentam em oncologia, “é a multiplicidade e simultaneidade de sofrimentos patentes nos seus pacientes.” (Durá; Dias. 2002, p.56)

A própria estatística, não permite que nos alheemos de uma situação que nos coloca numa “roleta russa”, ficando um pouco à mercê do destino. Segundo o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas; o cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade, ocupando o segundo lugar, depois das doenças cérebro-cardiovasculares.

Segundo o “Regulamento da individualização das especialidades clínicas de enfermagem”, o eixo organizador da Especialidade de Saúde Mental preconiza o desenvolvimento de “projetos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em *todos os contextos de vida*”.

Na apreciação feita ao doente, há que contemplar os sintomas provocados pelas alterações físicas e os sintomas provocados por alterações psicológicas. A doença hematológica surge de uma forma abrupta e silenciosa, fazendo surgir do nada um abismo eminente, do qual a pessoa não pode fugir.

Para além das competências técnicas e humanas que a própria experiência me tem facultado, ao cuidar pessoas com doenças hematológicas, o sofrimento vivido por estes doentes e famílias, faz-nos desejar ir mais além para proporcionar um cuidar de excelência, contemplando o cuidar integral da pessoa em sofrimento mental.

A fragilidade física, a necessidade de controlo laboratorial, a necessidade de tratamentos com quimioterapia, imunossuppressores, aporte transfusional, antibioterapia e factores de crescimento hematopoiético traduzem-se num injusta “prisão”, onde se paga uma “pena” da qual ninguém é culpado. Forma-se um turbilhão de sentimentos, a muitos apetece desistir ou fugir, e o medo geralmente impera. O medo mais assustador e o primeiro a surgir, é o medo de morrer, se bem que outros se seguem quando começam a tomar consciência do percurso que terão de percorrer.

Quando a pessoa ouve a palavra “quimioterapia”, muda imediatamente a expressão do rosto, há uma angústia visível e uma tristeza que geralmente termina em choro, vive o *stress* associado a sofrimento e à alteração da imagem corporal. De facto, a alteração da imagem corporal, é algo difícil de gerir, principalmente no jovem adulto.

Como fatores de comorbilidade com a doença oncológica, salientam-se a ansiedade e a depressão, que por sua vez levam a outras perturbações, sempre com um implícito deteriorar da qualidade de vida.

As perturbações de ansiedade são as mais comuns de todas as doenças psiquiátricas, imputando um grande sofrimento e incapacidade funcional. A ansiedade é geralmente considerada reacção a um perigo ou ameaça real à integridade biológica. Existem várias situações de ansiedade ao longo do curso da doença, que vão interferir no meio familiar e profissional.

Relembremos alguns conceitos associados à doença:

O *stress* vivido pela pessoa quando lhe é diagnosticada a doença. A palavra *stress* deriva do Inglês e significa pressão, tensão, esforço. Surge na presença de um estímulo (exigência ou perturbação física ou psicológica), produzindo uma resposta (reacção fisiológica e comportamental), com o intuito de recuperar ou restabelecer o equilíbrio. É um estado resultante da perceção do indivíduo com não tendo capacidade de resposta para corresponder às exigências de uma situação (Vaz Serra, 2002). O *stress* é dinâmico, sendo ao mesmo tempo interno e externo. O *stress* nem sempre negativo, o *eustress* contempla os estímulos causados por situações positivas e prazerosas. O *distress* corresponde ao *stress* negativo.

É o *distress* crónico que pode originar ou precipitar doença física ou mental, tal como: a hipertensão, a diabetes, a obesidade, a ansiedade, a depressão, etc.

Pimentel (2006) refere que “os inquéritos de diagnóstico de *stress psicológico* aumentam a identificação de doentes que necessitam de intervenções específicas do âmbito psiquiátrico.” (p.47)

Segundo Townsend (2011); “os enfermeiros estão na posição ideal para assistir os indivíduos na gestão do *stress* nas suas vidas” (p.227).

A ansiedade é “ uma apreensão difusa que é vaga na sua natureza e está associada com sentimentos de incerteza e impotência”. (Townsend,2011. p.17)

Os pacientes com distúrbio de ansiedade generalizada “têm preocupações persistentes, excessivas e/ou irreais associadas a outros sinais e sintomas, que geralmente incluem tensão muscular, diminuição da concentração, hiperactividade autonómica, sensação de impaciência ou inquietude e insónia” (Fauci et al, 1998. p.2639)

No estudo da ansiedade existem dois conceitos distintos que se referem a um estado emocional. Cattell e Scheier (1961) propuseram a distinção, ansiedade-estado e ansiedade-traço. O primeiro conceito diz respeito a um estado transitório e, a sua intensidade varia com o estímulo ou agressor externo. É caracterizado por sentimentos subjectivos de tensão que podem variar em intensidade ao longo do tempo.

A Ansiedade-traço, refere-se a uma disposição pessoal, relativamente estável, em que a pessoa tende a responder com ansiedade, a situações *stressantes* e existe uma tendência a perceber um maior número de situações como ameaçadoras.

Na literatura, encontram-se várias escalas com o objetivo de avaliar esses dois aspetos, sendo o inventário de Ansiedade Traço-Estado, de Spielberger et al. (1970), o mais utilizado.

Travelbee (1971), acreditava que tanto a alteração física como a psicológica necessita de uma atuação urgente, facto este que observo dia a dia no meu contexto de trabalho e que valorizo plenamente. Algumas situações oncológicas, evoluem para depressão, pela agressividade das alterações de vida imputadas pela doença.

De acordo com Justo (2002) este quadro de amplas limitações da funcionalidade, mais tarde ou mais cedo, vão propiciar o desenvolvimento de vivências depressivas, ou o agravamento de tendências já existentes.

Os estudos epidemiológicos referem “um aumento das taxas de prevalência e de recorrência da depressão, pelo que a OMS recomenda que se desenvolvam programas de intervenção nesta área.” (Apóstolo 2010. p.10).

A etiologia da depressão pode ter influência genética, bioquímica e psicossocial como determinantes de uma maior susceptibilidade do indivíduo à depressão. A depressão é uma das principais causas de incapacidade e talvez a mais comum das perturbações psiquiátricas, sendo mais frequente no género feminino.

A perturbação depressiva é caracterizada por humor deprimido ou perda de interesse ou prazer nas atividades habituais” (Townsend,2011. p.541).

Os transtornos depressivos unipolares” são um pesado encargo para a sociedade, situando-se em quarto lugar entre as principais causas de ónus, entre todas as doenças.” (Apóstolo, 2010.p. 35)

A depressão contempla muitos sintomas, tais como: humor deprimido, ansiedade, angústia, cansaço fácil, apatia, desinteresse, falta de motivação, medo, insegurança, pessimismo, baixa auto-estima, ideação suicida, diminuição da concentração, diminuição ou aumento do peso e apetite, insónias ou aumento da sonolência, dores psicossomáticas, podendo levar a ideação suicida ou mesmo suicídio.

Na realidade do serviço de Hematologia, por vezes, o diagnóstico da depressão é tardio, pela dificuldade em desocultar os sintomas que são inerentes à própria doença hematológica, e os que são da depressão. O tratamento da depressão é essencialmente medicamentoso, arrastando-se por vezes durante bastante tempo.

Os cuidados de enfermagem “são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. (REPE, art.º 4). No âmbito das intervenções autónomas, o enfermeiro especialista tem ao seu dispor alguns recursos não farmacológicos, de cariz psicoterapêutico, com resultados comprovados e os quais pode mobilizar no apoio à pessoa em sofrimento.

1.2. A intervenção de enfermagem segundo a teoria das relações interpessoais

No enquadramento concetual tomámos como base a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. A autora define pessoa “como um organismo que vive em equilíbrio instável” (citado em Tomey; Alligood, 2004. p. 428).

A teoria das relações interpessoais de Peplau (1952/1992) foi considerada por muitos autores como a pioneira, e um quadro de referência na enfermagem psiquiátrica, tendo por base as teorias psicodinâmicas. Segundo Peplau, o enfermeiro compreenderá a situação do paciente tanto melhor, quanto melhor conhecer as suas próprias funções, pois o processo interpessoal vai muito além das técnicas de enfermagem. O enfermeiro, desempenhando uma profissão de relação, deve ser detentor de estratégias e ferramentas para usar no seu dia-a-dia, as quais visem uma real melhoria da qualidade de vida da pessoa, quer esteja em contexto hospitalar, quer comunitário.

A sua teoria e prática vieram permitir que o enfermeiro integrasse o significado psicológico dos eventos, os sentimentos e os comportamentos dos doentes, nas suas intervenções de enfermagem. Os enfermeiros integraram desde sempre o sofrimento, no centro do cuidar em enfermagem, tentando compreender a experiência dos que sofrem. (Paulo, 2006)

Peplau definiu quatro fases da relação enfermeira-utente que apesar de interdependentes, se sobrepõem durante o tempo da relação. Cada uma destas fases caracteriza-se por um conjunto de funções, ligadas aos problemas de saúde, que evoluem à medida que enfermeiro e o paciente aprendem a trabalhar conjuntamente para resolver as dificuldades. Assim, as fases são:

Orientação- durante esta fase a pessoa tem uma necessidade sentida e procura ajuda profissional; o enfermeiro ajuda a pessoa a reconhecer, a compreender o seu problema, "deixa que a pessoa conte a sua história", determinando a sua necessidade de ajuda implicando o utente como elemento ativo no seu processo de recuperação.

Identificação- a pessoa nesta fase identifica-se com quem o pode ajudar para estabelecer uma relação; muitas vezes a identificação provoca sentimentos

encontrados de “amor/ódio” pois a ajuda percebe-se como algo de útil mas, ao mesmo tempo, inveja-se a pessoa que tem a capacidade de o ajudar. O enfermeiro deve ter o conhecimento destas fases para se sentir menos ameaçado e mais seguro ao lidar com as situações. O enfermeiro permite a exploração de sentimentos, reorientando os mesmos, encorajando a pessoa a expandir os seus pensamentos e possibilitando que traga à consciência tópicos relevantes, fortalecendo as forças positivas da sua personalidade e fornecendo a satisfação necessária, tornando a relação mais intensa.

Exploração- o enfermeiro deverá utilizar instrumentos de comunicação, como a escuta ativa ou a clarificação no sentido de ajudar a pessoa a atingir um sentimento de independência e responsabilização sobre a sua condição de saúde, fortalecendo o processo interpessoal. Numa situação de crise a pessoa pode desenvolver uma ansiedade em relação a várias ameaças (como a doença, a separação dos familiares); é importante orientar o paciente para que esta ansiedade diminua. O enfermeiro deverá, por isso, explicar sempre claramente o que se vai fazer permitindo à pessoa antecipar um acontecimento novo e receber segurança (interna e externa). A pessoa amplia os seus aspectos e aclara detalhes à medida que a relação avança.

Resolução- Nesta fase final a pessoa coloca gradualmente novos objetivos, quando o paciente satisfaz as antigas necessidades e formula novas metas (o regresso a casa, ao trabalho, ...) diz-se que entra numa fase de resolução. Nesta fase abandona os antigos laços e dependências e prepara-se para voltar a casa. Esta fase implica a libertação gradual da identificação das pessoas que proporcionaram ajuda, crescimento e fortalecimento da capacidade de actuar por si mesmo.

A apreciação clínica do enfermeiro é fundamental na identificação dos diagnósticos de enfermagem, no sentido de um planeamento de cuidados direccionados à pessoa.

Nas funções do enfermeiro, o uso de técnica de entrevista, é fundamental para perceber a mensagem que o utente quer transmitir (Pimentel, 2006). É igualmente essencial a escuta ativa que implica saber ouvir as palavras e o silêncio. Nesta atividade, a autoconsciência, a gestão emocional e empatia devem ser as peças

fundamentais neste puzzle de cuidar. Estas são consideradas competências emocionais segundo Goleman (1998). A empatia nasce da autoconsciência, e consiste em reconhecer o que os outros sentem. As pessoas empáticas são mais sensíveis aos sinais da comunicação e de sofrimento, tornando-se mais hábeis na relação.

É preciso desenvolver a autoconsciência emocional, que segundo Goleman, é a pedra basilar da inteligência emocional, e a competência que permite identificar as nossas próprias emoções, conhecer os nossos próprios limites e possibilidades, e ainda reconhecer as emoções dos outros e o seu impacto nas relações

Para os doentes internados e para os técnicos, cada dia é um desafio e uma luta contra o tempo, pois a doença (especialmente a doença oncológica) avança de uma forma tão rápida que não permite uma assimilação eficaz, causando ansiedade, confusão, desespero, angústia, revolta, medo. O enfermeiro tenta transmitir informações, várias mensagens sobre a doença, mas também sobre as normas e regras do serviço que, estes utentes sentem muitas vezes, ter caído noutro planeta, vivendo um "pesadelo real"; informações estas que, apesar de simples, tão difíceis são por vezes de assimilar. Só sendo capazes de reconhecer as próprias emoções, seremos capazes de reconhecer as dos outros. Estes são fundamentos essenciais para a autoconfiança.

A falta de competências para cuidar da pessoa em sofrimento mental, associado muitas vezes ao estigma relativo à doença mental, promove uma incapacidade para prestar cuidados de saúde direccionados e adaptados às particularidades da pessoa.

Os pressupostos teóricos de Hildegard Peplau remetem-nos para a importância da relação com o doente, o que se pode constituir um importante referencial para um suporte teórico que promova uma melhoria da prática clínica. Simpson (1992), corrobora esta ideia ao frisar que "as enfermeiras devem ser capazes de empregar um modelo que apoie a sua prática, e que ao fazê-lo, este o ajude a dirigir os seus pensamentos, sentimentos e ações." (p.3)

Segundo Travelbee (2004); o uso terapêutico do *self* “é a capacidade de usar a sua personalidade conscientemente e com total conhecimento, numa tentativa de estabelecer uma relação e de estruturar a intervenção de enfermagem.” (p. 469)

Na sua tese de Doutorado, Santos (2013), tal como Peplau, defende uma nova designação categorial “O enfermeiro enquanto instrumento terapêutico”, a qual não é reconhecida ainda como modalidade terapêutica, mas que se encontra carregada de sentido, pela experiência no cuidar, usando a própria inteligência emocional e capacidades pessoais. A prática das modalidades terapêuticas de relação, “requer um elevado nível de inteligência emocional, no sentido de reconhecimento das emoções e dos sentimentos de si próprio e dos outros”. (Santos, 2013.p. 43)

As particularidades clínicas do doente hematológico, decorrentes da pancitopenia e imunossupressão, devem ser tomadas em consideração, quer no uso intervenções de âmbito psicoterapêutico (como relaxamento), quer na necessidade de promover um ambiente calmo e seguro. Em situações de trombocitopenia grave é fundamental que o doente se mantenha calmo e relaxado, sob o risco de, devido a uma crise de agitação ou de hipertensão, surgir quadro de epistaxis, hemorragia conjuntival ou até macular levando por vezes à cegueira ou a acidentes vasculares cerebrais.

No meu percurso profissional, todas estas situações já foram por mim experienciadas, causando muitas vezes uma sensação de impotência e frustração. A experiência de cuidar doentes hematológicos há mais de duas décadas, mostrou-me a necessidade de apoio emergente, e o qual é tantas vezes descurado pela frenética vontade de lutar contra a doença, com armas cada vez mais agressivas, as quais imputam outras patologias, nomeadamente do foro psiquiátrico.

Os acontecimentos de vida *stressantes* e a forma como a pessoa lida com eles, podem estar na origem da avaliação e das respostas humanas à doença, em que a depressão pode ser uma destas situações, pelo que se torna importante a acção do enfermeiro a nível da prevenção, munindo a pessoa de estratégias de auto-controlo. Townsend (2011) defende que a gestão do *stress* deve ser considerada como uma função para toda a vida. “os enfermeiros podem ajudar os indivíduos a reconhecer as fontes do *stress* nas suas vidas, e a identificar métodos de coping adaptativo” (p.234)

Na prática quotidiana, o enfermeiro com maior ou menor qualificação académica, tem os seus “trunfos”, eficazes, pertinentes, mas que usa por vezes de forma “envergonhada”. A utilização de estratégias “distrativas agradáveis e neutras para elevar o humor e aliviar os sintomas da depressão pode ser considerada uma alternativa instrumental e adaptativa.” (Apóstolo, 2010. p.46).

Coelho e Palha (2006) frisam que “um terapeuta entusiasta pode ser particularmente importante para os doentes a quem falta espontaneidade e afeto.” (p.47)

Há que valorizar, implementar e documentar as intervenções de enfermagem e os resultados obtidos, levando a uma evolução profissional, baseada numa melhoria do cuidado à pessoa. Um instrumento fundamental no processo de avaliação é “a documentação dos cuidados, através do registo de enfermagem”. (Santos, 2013. p. 127)

O enfermeiro, ao valorizar a pessoa como um todo, investe na implementação de estratégias que minimizem o sofrimento mental destas pessoas, e esta deve ser a tónica sempre presente.

O enfermeiro pode usufruir da sua própria autonomia e capacidades pessoais, ao valorizar a pessoa, o conhecimento científico, a mudança, a experiência pessoal e as intervenções de cariz psicoterapêutico, mudando a sua representação social e contribuindo para uma satisfação pessoal e profissional.

2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

Ao longo deste percurso formativo de estágio, iremos abordar as opções metodológicas, os participantes, os instrumentos, os métodos e as técnicas, bem como os indicadores de resultado, os critérios de inclusão e de exclusão.

2.1. Delimitação da problemática clínica

Alguns estudos mencionam que “a área oncológica é a área onde o uso de técnicas de relaxamento e o imaginário guiado tem sido mais intensamente utilizado com resultados positivos.” (Apóstolo, 2010)

O uso das técnicas de relaxamento revela benefícios para alívio de sintomas relacionados com a doença oncológica, quer sejam sintomas provocados pela doença quer pelos efeitos dos tratamentos e efeitos adversos. Fontelonga (2002), reforça esta ideia ao referir que, os doentes oncológicos frequentemente sentem ansiedade, tensão, raiva e agitação, e que nesse sentido, as terapias de relaxamento podem ser importantes para quebrar o ciclo de aumento de dor, que pode estar relacionado com estas emoções. Neste sentido, a pessoa com doença mental também pode diminuir os seus níveis de *stress*, com o recurso de técnicas de relaxamento.

O relaxamento profundo é benéfico no sentido de atenuar as manifestações fisiológicas. As técnicas de relaxamento mental e a visualização de imagens mentais, enquadra-se dentro dos objectivos das intervenções psicoterapêuticas de enfermagem que contribuem para a “recuperação do equilíbrio homeostático e alívio de sintomas” (Elias, 2003). Os sintomas básicos a serem trabalhados são: dor psíquica, representada pelo medo do sofrimento e humor depressivo, e a dor espiritual, representada pelo medo da morte e do pós morte.

O relaxamento” é a técnica que contribui para a diminuição do *stress*, diminuição da angústia e da emotividade e, conseqüentemente, leva a uma homeostasia e reforça a tranquilidade e o equilíbrio.” (Carvalho, Rodrigues e Salvador, 2008).

Neste sentido, é essencial que a colheita de dados contemple o registo de locais e situações de agrado e da preferência do doente, a fim de os ter em conta no planeamento das sessões de relaxamento. Perante as particularidades do doente hematológico, já referidas anteriormente, é essencial a promoção de um ambiente calmo e sereno que sejam igualmente por si só, promotores de relaxamento.

Algumas das manifestações fisiológicas do relaxamento incluem: diminuição da frequência respiratória, diminuição da frequência cardíaca, diminuição da tensão muscular e maior vasodilatação. Em doentes com baixa hemoglobina existe toda a vantagem no controle da parte respiratória, pelo que o treino de uma respiração correta se torna importante.

Numa revisão da literatura efectuada por Carvalho, Rodrigues e Salvador (2008), com o objectivo de descrever os benefícios do uso de técnicas de relaxamento para alívio da dor oncológica, concluiu-se que o uso de técnicas de relaxamento, favorece a diminuição do uso de analgésicos ou, em outros casos complementam-na, reduzem a ansiedade, as náuseas, o *stress* e as insónias.

Nos vários estudos efetuados concluiu-se ainda que, os enfermeiros de oncologia, devem considerar a massagem como uma terapia não farmacológica, válida para o controlo da dor. O simples facto de controlar a dor, contribui para a diminuição da ansiedade, constituindo uma mais valia para o doente em sofrimento.

Como principais contributos da revisão, salientam-se:

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América em abril de 2009, cujo propósito era perceber os efeitos da massagem, no período pós cirúrgico de doentes mastectomizadas, concluiu, pelo relato das doentes, que: promoveu uma redução significativa da dor, *stress*, tensão muscular e grande promoção de relaxamento.

Outro estudo realizado em Taiwan e publicado em abril de 2011, teve como propósito avaliar os efeitos da musicoterapia e do relaxamento verbal em doentes com ansiedade induzida pela quimioterapia. O método utilizado foi um Estudo

Randomizado, num Ensaio Clínico controlado. Os 98 adultos selecionados foram divididos em 3 grupos. Um recebeu os cuidados habituais no contexto, outro teve uma sessão de uma hora de música e o 3º grupo recebeu 30 minutos de relaxamento guiado. Foram usados instrumentos de avaliação antes, durante e depois, tais como; Escala de ansiedade de Spielberger, Escala visual analógica emocional e ainda três indicadores (temperatura, ritmo cardíaco e percepção). Os resultados revelaram-se positivos para ambas as técnicas, verificando-se uma redução da ansiedade.

Outro estudo, realizado em 2012 no Hospital Universitário de Heidelberg, na Alemanha, procurou saber quais os benefícios do uso do Relaxamento muscular progressivo e uso de sons monocórdicos, aplicado a doentes submetidos a quimioterapia e com ansiedade. Tratou-se de um estudo randomizado com 40 doentes adultos que foram divididos em 2 grupos, proporcionando-se a cada um, uma técnica de relaxamento diferente. Foram usados como instrumentos de avaliação, a escala de ansiedade de Spielberger e o questionário "*Patient's physical and psychological states*". Concluiu-se que tanto uma técnica como outra apresentam resultados muito positivos na redução da ansiedade.

Vários outros estudos foram realizados em Serviços de oncologia, tanto em contexto de adultos como de crianças, foram utilizadas técnicas como a imaginação guiada, a aromaterapia, a massagem e o relaxamento muscular com visualização de imagens. Os resultados revelaram-se sempre positivos na diminuição da ansiedade, no controle da dor, das náuseas, da astenia e do humor deprimido.

Os estudos são transversais aos Continentes Europeu, Americano e Asiático, revelando sempre a pertinência desta temática e o papel proativo que o enfermeiro pode ter, ao realizar técnicas terapêuticas não farmacológicas, com todos os benefícios inerentes. Sou levada a pensar, que o enfermeiro não segue muitas vezes o caminho mais fácil, colocando de lado métodos terapêuticos tão eficazes, promotores de um bem estar tão necessário, perante a realidade destas pessoas em sofrimento mental.

Em Portugal, nomeadamente nos Serviços de hematologia e transplantação de medula óssea, não é usado o recurso destas técnicas, razão esta que me dá mais motivação e força para investir nesta área, começando um novo caminho.

O uso de modalidades terapêuticas não convencionais, como as técnicas de relaxamento, está em grande sintonia com a teoria de enfermagem, promovendo o bem estar de quem é cuidado e superando muitas vezes as intervenções clássicas. (Santos, 2013)

O enfermeiro tem a capacidade e possibilidade de promover ações de âmbito psicoterapêutico, através de uma relação cuidada e igualmente terapêutica.

Daí surgir a questão: Será que as técnicas de relaxamento são eficazes na diminuição do sofrimento mental?

2.2. Objetivos do estágio

Os objetivos gerais definidos para este estágio foram:

- Adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
- Contribuir para a redução da ansiedade de pessoas em sofrimento mental, através do recurso a técnicas de relaxamento.

Os objetivos específicos foram:

- Compreender os processos de adoecer mental, em particular da ansiedade e da depressão.
- Desenvolver a relação terapêutica com a pessoa em sofrimento mental.
- Participar e dinamizar sessões de intervenção psicoterapêutica, nomeadamente com recurso a técnicas de relaxamento.

2.3. Instrumentos, procedimentos e técnicas de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria

Ao longo deste percurso de estágio foram realizadas técnicas de relaxamento que tinham como objectivo, contribuir para a diminuição da ansiedade e sentimentos de tristeza e revolta do utente, adquirindo competências nesta área.

Nos dois primeiros contextos de estágio foi utilizado o recurso da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson e no contexto comunitário foi utilizado o Treino Autógeno de Schultz, bem como a técnica de respiração abdominal.

O instrumento de avaliação foi a escala visual analógica adaptada da escala de avaliação da dor. A escala era composta por 6 itens, em que o zero correspondia a *muito relaxado* e cinco correspondia a *extremamente tenso* (Anexo I). No final de cada sessão era realizada a avaliação da sessão com recurso à partilha em grupo de alguns sentimentos e emoções experienciadas, dificuldades e outros constrangimentos.

Durante a realização das sessões houve sempre a necessidade de realizar o planeamento e avaliação psicométrica da sessão, bem como a partilha de sentimentos e emoções vivenciadas. A supervisão ficou a cargo dos orientadores, clínico e da escola.

Os participantes foram variando ao longo dos vários grupos e contextos. Mas o grupo não excedia o número preconizado para as sessões terapêuticas.

Foram utilizados alguns indicadores de resultados nas técnicas de relaxamento, nomeadamente a respiração, a postura, a avaliação da pressão arterial antes e depois das sessões e a verbalização de sentimentos e emoções.

Alguns critérios de inclusão foram: utentes com diagnóstico de depressão, com ansiedade e vontade de participar nas sessões. Como critérios de exclusão: utentes sem motivação, agitados ou agressivos, em fase de descompensação.

Foram utilizados vários instrumentos na entrevista de colheita de dados, esta realizou-se com recurso a um guião de entrevista e outros mediadores artísticos como o desenho ou a pintura. Utilizou-se o recurso gráfico, ou seja o desenho como

mediador terapêutico que proporcionou alguma informação que se desconhecida sobre a utente do estudo de caso, e ainda foram realizadas outras atividades, com recurso a pintura. Também foi realizado o treino de competências sociais na unidade de internamento e na unidade de projeto (reabilitação psicossocial).

A observação foi um dos instrumentos básicos que nos permitiu registar o comportamento da pessoa nas intervenções terapêuticas, na interação com os técnicos ou mesmo na interação grupal.

Foram ainda realizadas algumas intervenções psicoeducativas com a pessoa doente e as suas famílias. As intervenções psicoeducativas são abordagens orientadas por dois vetores: Ajudar as pessoas doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o *stress* familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que viver no passado (Gonçalves Pereira et al, 2006). Estas surgem como um complemento ao tratamento psicofarmacológico.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Para desenvolver as competências do enfermeiro especialista em ESMP, realizei estágio em três contextos de estágio, os quais serão caracterizados sumariamente. Dois dos serviços estavam inseridos num hospital geral, e um deles era uma instituição de saúde mental comunitária.

Foi vantajosa para o percurso, a experiência de várias realidades no âmbito da saúde mental.

3.1. Caracterização dos contextos de estágio e intervenções de cariz terapêutico em enfermagem de Saúde mental e psiquiatria

O Hospital geral é um estabelecimento de referência do Serviço Nacional de Saúde, desempenhando funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, de formação e de investigação. Tem grande capacidade de resposta assistencial e tem sofrido, nos últimos tempos, um acréscimo dos níveis de complexidade e de subespecialização, nomeadamente no que concerne à área da saúde mental e psiquiatria.

É igualmente uma instituição que aposta na formação permanente e na área da investigação, sendo um importante marco na evolução do cuidar.

3.1.1. Serviço de Internamento de Psiquiatria de Hospital Central

O estágio em serviço de internamento, realizou-se num hospital geral da região de Lisboa entre 30 de Setembro de 2013 e 15 de Novembro de 2013, num total de 200 horas.

As atividades clínicas de psiquiatria deste hospital, iniciaram com uma equipa na consulta externa, designada “Consulta de neuroses”, a qual dava apoio aos restantes serviços da Instituição.

Atualmente, as unidades funcionais do serviço de psiquiatria são: Núcleo de estudos do suicídio, Núcleo de doenças do comportamento alimentar, Unidade de etilo-risco. O serviço de psiquiatria dispõe de duas unidades de internamento, com uma lotação de 15 e 29 camas respetivamente, de hospital de dia e de uma unidade de ambulatório (consulta, unidade de adolescência e unidade de projeto). O serviço de psiquiatria presta cuidados assistenciais a todos os serviços do hospital (Psiquiatria de ligação) e intervém no serviço de urgência. Presta ainda trabalho em equipa multidisciplinar, garantindo a continuidade de cuidados, reabilitação e reintegração psicossocial.

O serviço de internamento de psiquiatria, por receber pessoas em fase aguda, e algumas pessoas por descompensação da doença, alguns dos quais, ainda jovens e com problemática da esfera oro alimentar, proporcionou-me uma experiência muito enriquecedora e gratificante, pela variedade de situações vivenciei.

Apesar de não ter muita experiência nesta área, a minha postura e desejo de aprender, fez-me sentir tranquila, ao cuidar de pessoas “vulneráveis” e que precisam tanto de apoio, contando igualmente com a boa orientação que tive. Foi o estágio mais longo, tendo sido por isso aquele onde tive mais oportunidades de realizar intervenções, das quais saliento:

a) Técnicas de relaxamento; b) Uso da arte como mediador expressivo utilizado na colheita de dados; c) Entrevistas de ajuda; d) Outras atividades, desenvolvidas no estágio e extra curriculares, para desenvolvimento de competências na área.

a) Técnicas de relaxamento

Neste primeiro serviço de saúde mental foram realizadas 3 sessões de relaxamento.

A técnica utilizada foi o relaxamento muscular progressivo de Jacobson e a visualização, com recurso a imagens mentais.

Foi estruturado um plano de relaxamento para cada sessão, exemplificado no Apêndice I. A supervisão esteve a cargo da enfermeira orientadora do estágio.

O recrutamento teve lugar na Ala de internamento de utentes com perturbação do comportamento da esfera oro alimentar.

Quadro nº 1. Caracterização sociodemográfica e diagnósticos dos participantes na sessão de relaxamento

Idade	Estado civil	Escolaridade	Situação Profissional	Diagnóstico médico	Diagnósticos de Enfermagem
F. 40	Solteira	11º Ano de escolaridade	Desempregada	Depressão Major	Baixa auto-estima Ansiedade
C. 38	Casada	9º Ano de escolaridade	Assistente operacional	Perturbação da personalidade/ ideação suicida	Risco de suicídio Ansiedade Má adesão terapêutica
H. 56	Viúva	4º Ano de escolaridade	Reformada	Depressão Neoplasia mama	Isolamento Baixa autoestima
S. 17	Solteira	11º Ano de escolaridade	Estudante	Bulimia Automutilação	Ansiedade Isolamento
M. 25	Solteira	12º Ano de escolaridade	Desempregada	Perturbação da Personalidade/ ideação suicida	Ansiedade Risco de suicídio

Todos os elementos do grupo eram do sexo feminino, apresentando uma média de idades de 35 anos e grau de escolaridade variando entre o 4º ano e 12º ano. Duas das pessoas estavam desempregadas, uma reformada e duas no ativo.

Todas as participantes mantinham bom nível de cognição, conseguindo expressar-se verbalmente.

Os indicadores de resultados foram a postura, a respiração e o reconhecimento dos benefícios do relaxamento, através de uma auto avaliação.

A avaliação das sessões foi qualitativa, realizada através da verbalização de sentimentos e quantitativa, pela avaliação pré e pós sessão de relaxamento, com o suporte de Escala visual analógica, adaptada de escala de avaliação da dor, permitindo igualmente uma resposta psicométrica. A escala era composta de 6 itens, de zero a cinco, em que o zero correspondia a *muito relaxado* e cinco correspondia a *extremamente tenso* (Anexo I)

Simultaneamente, à técnica de relaxamento, foi realizada a observação dos clientes antes, durante e após a sessão de relaxamento.

Quadro nº 2. Avaliação qualitativa realizada pelos utentes e a observação do enfermeiro

Utente	Observação antes do relaxamento	Observação durante o relaxamento	Observação após o relaxamento	Avaliação dos utentes Respostas/reações à técnica de relaxamento
F.	Humor deprimido, fâcies triste. Postura rígida	Permaneceu sentada por opção. Não fechou os olhos	Sonolento, mais comunicativo, postura relaxada. Mais atenta.	Gostei muito, enfermeira. Amanhã fazemos outra vez? Estou mais calma
C.	Discurso acelerado. Postura rígida	Permaneceu sentada por opção. Respiração profunda	Discurso mais calmo e pausado. Postura relaxada.	Nunca tinha feito relaxamento. Não sei se fiz bem, mas sinto-me melhor.
H.	Cabeça baixa. Humor deprimido. Não fixa o olhar	Sentada por opção. Pouco colaborante com o exercício	Manteve a mesma postura e o mesmo estado anímico	Acho que isto não resolve nada. (No entanto foi voluntariamente à sessão e verbalizou querer ir no dia seguinte)
S.	Fâcies triste e humor deprimido. Alguma agitação motora.	Permaneceu deitada, sem adormecer. Cumpriu os exercícios tendo mantido os olhos fechados	Postura calma, discurso mais pausado. Respiração calma e profunda	Foi tão bom. Não me importava de fazer isto todos os dias. Deviam fazer isto no quarto para ficarmos logo a dormir. Estou mesmo “zen”
M.	Humor deprimido. Postura desconfiada	Manteve-se deitada cumprindo as indicações de relaxamento	Manteve o mesmo humor, mas a postura era menos tensa	Acho que isto é bom, sabe bem mas não faz nada.

Apesar de só uma utente ter referido nunca ter feito relaxamento, confirmei a posteriori a minha perceção de que, nunca nenhuma delas tinha participado numa sessão deste tipo. A minha intuição e observação fez-me sentir que duas das utentes (M. e H.), estavam céticas em relação à pertinência da sessão, confirmada através da comunicação não verbal, o que se refletiu e confirmou na sua avaliação pessoal.

Como fatores limitadores, enumero o pouco conforto da sala e também a posição de sentada de algumas utentes, a qual não cumpria os requisitos de conforto ideais (cadeiras pouco confortáveis), o desconhecimento da técnica por parte de alguns elementos, o facto de não me conhecerem o suficiente e a pouca experiência na realização da técnica. No entanto, a música, a luz e o silêncio exterior foram fatores facilitadores.

Quadro nº 3. Avaliação realizada pelos doentes, com escala visual analógica adaptada

Utentes	F.	C.	H.	S.	M.
Momento 1	4	5	5	5	3
Momento 2	3	3	5	3	3

Legenda: 0-Muito relaxado; 1-Relaxado; 2-Pouco relaxado; 3-Alguma tensão; 4-Muito tenso; 5-Extremamente tenso

A avaliação feita pelas utentes, antes e após a sessão, revela um resultado positivo, apesar de uma utente manter a avaliação inicial, como se pode observar na sua avaliação, estando igualmente de acordo com a minha avaliação pela observação. Apesar de as utentes não se sentirem relaxadas, a sensação de tensão diminuiu na maioria, chegando a reverter do estado extremamente tenso para alguma tensão.

Mesmo assim, relativamente às utentes que mantiveram a avaliação inicial, considero que algo de positivo se passou, pois participaram nas sessões seguintes, e no que respeita à relação enfermeiro/utente, senti que foi consolidada a relação de confiança, confirmada no decorrer do estágio.

Esta foi uma forma encontrada para os utentes conseguirem fazer uma avaliação, principalmente quando existe alguma dificuldade na sua capacidade de se expressarem e verbalizarem sentimentos.

Nesta sessão, apesar de ter sido a primeira sessão de relaxamento por mim efectuada, senti-me segura e realizei uma avaliação positiva, corroborada pela avaliação da enfermeira orientadora, a qual esteve presente, supervisionou a intervenção e referiu ter conseguido “relaxar na perfeição”, dando um estímulo positivo.

Foi um percurso importante, em que fiz a minha auto análise, identificando dificuldades pessoais e situações a corrigir ou modificar, tais como; importância de um ambiente confortável e promoção de um espaço temporal um pouco mais alargado, para permitir maior espaço de partilha final, visto a sessão ter terminado perto da hora de jantar, o qual tinha de ser cumprido rigorosamente.

b) Uso da arte como mediador expressivo e técnica para colheita de dados

Neste estágio de internamento ressalvo duas atividades, que tiveram lugar na Ala das pessoas com perturbação do comportamento alimentar, no mesmo serviço. A primeira atividade foi a elaboração de um jogo com a ajuda de materiais recicláveis, objetivando a educação para a saúde e a promoção de momentos de socialização através do convívio, o qual ficou para completar pelas utentes. Nele eram abordados temas relativos a hábitos de vida saudáveis, cultura geral, lazer, normas do serviço, etc.

Objetivava ainda o convívio em grupo, a partilha, o movimento e a criação de momentos lúdicos. Foram utilizados vários momentos para a consecução do mesmo, onde se promoveram momentos de boa disposição ao serem idealizadas tarefas consideradas “difíceis” e “desafiadoras”, para executar no jogo, como por exemplo a representação. A participação foi essencialmente de jovens com diagnóstico de perturbação do comportamento alimentar. As participantes eram todas do sexo feminino e com uma média de idades de 20 anos.

A segunda atividade esteve relacionada com a realização do estudo de caso de uma utente com o diagnóstico médico de perturbação bipolar e ideação suicida. Preendeu-se com a colheita de dados de uma utente atribuída onde foi utilizado um mediador expressivo (desenho sobre o percurso de vida) para facilitar a colheita de dados e completar a história pessoal e antecedentes de saúde. Esta atividade foi ainda importante para estabelecimento de diagnósticos de enfermagem.

Utilizei uma técnica que designei de “percurso de vida”, no qual pedi á utente para imaginar a sua vida como se fosse uma montanha. O planalto da montanha representava o momento atual, com tudo o que preenche a sua vida, tal como valores, pessoas significativas, coisas agradáveis, problemas, dilemas de difícil resolução, etc.

Do lado esquerdo da montanha, pedi que descrevesse memórias agradáveis da sua infância até ao momento atual, episódios marcantes, pessoas e objetos significativos para si e que se mantêm na sua memória.

Do lado direito da montanha, pedi que relatasse momentos desagradáveis que estivessem registados na sua memória, episódios traumáticos e conflitos relacionais que a tivessem marcado. (Anexo II)

O resultado foi bom, tendo sido colhidos dados, que até aqui se desconheciam, e os quais contribuíram para a avaliação diagnóstica. Neste dia compreendi muitas das atitudes desta pessoa e como o sofrimento, principalmente na infância, interfere na saúde mental da pessoa.

Peplau encorajou as enfermeiras “a usar a sua competência...num processo contínuo, educativo e experimental”. (citado em Tomey,2004,p.423)

Peplau admitia que, “ a compreensão do significado da experiência para o doente é necessária para que a enfermagem funcione como força educadora, terapêutica e de amadurecimento.” (citado em Tomey,2004,p. 433)

Esta atividade foi importante para o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem que foram fundamentalmente: A auto-estima diminuída em grau moderado, o baixo risco de tentativa de suicídio, a recusa alimentar ou o apetite diminuído, adaptação prejudicada, e a ansiedade em grau moderado.

Os diagnósticos de enfermagem, foram estabelecidos segundo a CIPE. Esta classificação engloba o conhecimento técnico, teórico, experiencial e resultados esperados, pelo enfermeiro, no sentido de promover a qualidade de vida da pessoa, através de uma personalização de cuidados e prescrições autónomas.

No final do exercício foram trocadas algumas impressões sobre o resultado do exercício e, ressaltadas sobretudo as memórias mais agradáveis. A relação de confiança com a doente, evoluiu muito positivamente a partir desse dia.

c) Estudo de caso

Neste estágio foi ainda realizado um estudo de caso (com Genograma e Ecomapa), o qual foi apresentado em Power point no serviço de internamento. (Apêndice II)

O estudo de caso reportou-se a uma utente do sexo feminino, com o diagnóstico de Perturbação bipolar I. Tinha 24 anos de idade, apesar de a idade aparente ser inferior à idade real. Não foram identificados antecedentes familiares de patologia psiquiátrica. Era solteira, vivia com a namorada há cerca de dois anos e era estudante de Mestrado do Curso de Antropologia, na área de Movimentos Sociais.

O internamento prendeu-se com uma forte ideação suicida, por medo relacionado com a defesa da tese de mestrado e sensação de pânico de falar em público.

Referia boa relação com todos os familiares, apesar de os pais se terem divorciado quando ela era criança, e já terem ambos segundos casamentos.

Na colheita de dados, foram identificados vários episódios marcantes e traumáticos, no seu percurso de vida, os quais permanecem na sua memória. Referiu ter tido uma adolescência difícil, pautada por comportamentos que visavam agredir a mãe, com a qual ela vivia, chegando a fugir da escola e fazer tentativas de suicídio para “chamar a atenção” (*sic*).

É defensora do *poliamor*, não o colocando no entanto em prática em respeito à sua companheira, a qual não partilha a mesma filosofia.

Referia sentir-se mais segura e extrovertida desde o dia do internamento, pois ali ninguém a “avaliava”, sentindo estar no mesmo “nível” que as outras pessoas. Nas entrevistas de colheita de dados à mãe e namorada, identifiquei uma grande infantilização da utente, sentimentos de proteção exacerbados e uma posição muito dominante e protetora por parte da namorada, a qual apresentava igualmente uma postura defensiva e evitante em relação à equipa médica e de enfermagem, chegando a pôr em causa a necessidade de internamento da companheira.

A utente teve alta após cerca de duas semanas de internamento, onde foi acompanhada por psicólogo e onde foi reforçada a importância da adesão terapêutica. Foi encaminhada para o Núcleo de estudos do suicídio, e ficou registada alguma renitência na adesão terapêutica para o domicílio no dia da alta.

d) Entrevistas de ajuda e colheita de dados

Foram realizadas várias entrevistas de ajuda aos utentes internados, e às respetivas famílias e pessoas significativas. O objetivo foi a colheita de dados, o suporte emocional, a diminuição da ansiedade e apoio na definição de estratégias de resolução de problemas.

No âmbito do estudo de caso, foram realizadas entrevistas à família e pessoas significativas para a utente, tendo sido igualmente colhidas informações para

completar o processo. Estas entrevistas foram importantes também, no sentido de envolver a família no processo terapêutico, em parceria com os profissionais de saúde. Esta parceria dos profissionais com o utente e a família conjuga energias, recursos e motivações para um tratamento mais eficaz, e até um processo de crescimento conjunto, num compromisso onde tem de haver uma grande partilha.

Particpei também em reuniões de equipa e em sessões clínicas, as quais proporcionavam momentos de aprendizagem e reflexão, pela partilha.

Foram realizados três diários de aprendizagem, fruto da riqueza e variedade de situações, que estimularam a minha necessidade de refletir sobre elas. Estas reflexões foram realizadas com base no ciclo reflexivo de Gibbs, sendo apresentado em apêndice o mais significativo para mim. (Apêndice III)

e) Outras atividades

As intervenções em grupo têm demonstrado alguma relevância na sua utilização pelos enfermeiros especialistas em ESMP. Neste sentido, promovi algumas intervenções terapêuticas em grupo, com o objetivo de estimular capacidades cognitivas, promover a partilha e o espírito de equipa e identificar problemas e dificuldades. Em saúde mental e psiquiatria as intervenções de grupo contribuem para uma melhoria da qualidade de vida e do relacionamento social. Segundo Turkington et al. (2002), as intervenções em grupo melhoram estatisticamente os sintomas, o *insight* e a depressão.

Quando cheguei ao serviço, nos primeiros dias reparei que um armário de jogos não era utilizado, e algumas das pessoas nem tinham conhecimento da sua existência. Houve uma sensibilização sobre a importância das atividades terapêuticas e foi com prazer que verifiquei que, a partir de um certo momento a motivação dos utentes aumentava facilitando a adesão à participação nas atividades de grupo.

O número diminuto de enfermeiros não favorece a continuidade destas atividades grupais, as quais para serem terapêuticas necessitam da participação e supervisão de um profissional.

Estas atividades pautaram-se sempre por momentos de aprendizagem, pelo estabelecimento de regras e respeito pelo espaço do outro, de uma forma lúdica e agradável.

Implementei uma dinâmica por mim estruturada, com o título “A minha viagem”, por se encontrar nessa altura no internamento um grupo de jovens, com dificuldade no cumprimento de regras e normas hospitalares estabelecidas, além de alguns terem historial de comportamentos aditivos. No final de cada atividade realizou-se a avaliação, a qual foi qualitativa e realizou-se através da partilha de sentimentos. O grupo revelou capacidade crítica, dando a sua opinião e ouvindo igualmente os outros elementos do grupo. (Apêndice IV)

Foi um estágio muito positivo, para o meu crescimento profissional. Considero um bom local de estágio, onde se investe na relação de ajuda pelo estabelecimento de uma excelente relação terapêutica.

Apreciei particularmente as atitudes e estratégias comunicacionais dos enfermeiros, as quais integro e valorizo no meu ato de cuidar.

3.1.2. Unidade de Projeto

Este estágio decorreu entre 25 de Novembro de 2013 e 17 de Janeiro de 2014, num total de 150 horas.

A Unidade de Projeto (UP), está localizada num hospital central e é uma estrutura intermédia entre o internamento completo e o ambulatório na comunidade, que assegura cuidados psiquiátricos de reabilitação, polivalentes e intensivos, baseados num projeto concreto. Existe há cerca de 4 anos e dela fazem parte: 2 Psiquiatras, 1 Enfermeira, 2 Psicólogas, 1 Terapeuta Ocupacional e 1 Assistente Social.

Os objetivos desta Unidade são:

- Construir com o participante um projeto individualizado, em articulação com a família e o psiquiatra assistente. São geralmente projetos como; desenvolver autonomia nos cuidados de higiene, procurar ocupação, realizar um curso, etc.

- Promover o desenvolvimento ou o restabelecimento das capacidades individuais, necessárias à autonomia para o projeto em concreto e para a vida pessoal.
- Articular com a estrutura em que o processo de reabilitação terá continuidade.

Com estes objetivos pretende-se desenvolver uma maior autonomia e a aquisição de competências, como elementos essenciais para uma melhor integração na sociedade.

Neste estágio foram realizadas algumas sessões de âmbito psicoterapêutico, planeadas e outras em colaboração com a enfermeira deste serviço. Colaborei em todas as atividades como co terapeuta e conduzi algumas sessões por mim estruturadas, das quais saliento:

a) Técnicas de relaxamento; b) Uso da arte como mediador expressivo; d) Outras atividades

a) Técnicas de relaxamento

Foram realizadas 2 sessões de relaxamento, utilizando a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson e a visualização, com recurso a imagens mentais (uma viagem a uma ilha).

As sessões foram planeadas e os indicadores de resultados foram a postura, a respiração e o reconhecimento dos benefícios do relaxamento.

Contei com a presença da enfermeira orientadora do estágio como supervisora da implementação da técnica.

No início de cada sessão, promovi um espaço de movimento/quebra gelo, o que foi referido como muito agradável pelos intervenientes. Também pela minha avaliação pela observação, verifiquei que eram momentos de libertação e distração, com risos e alegria.

Esta Unidade tem um espaço destinado a estas sessões de relaxamento, na 3ª feira após o almoço, tendo sido este o espaço ocupado para a realização das mesmas.

Irei relatar uma das sessões realizadas, por ter sido a mais significativa para o meu percurso. Segue-se a caracterização sociodemográfica e diagnósticos do grupo participante.

Quadro nº 4. Caracterização sociodemográfica e diagnósticos dos participantes na sessão de relaxamento

Idade	Estado civil	Escolaridade	Situação Profissional	Diagnóstico médico	Diagnósticos de Enfermagem
S1. 30	Solteira	12º Ano de escolaridade	Desempregada	Depressão Major	Baixa auto-estima Isolamento social Ativi. de recreação deficientes
E. 21	Solteiro	7º Ano de escolaridade	Estudante	Perturbação da personalidade	Adaptação prejudicada Ansiedade
S2. 45	Solteiro	4º Ano de escolaridade	Desempregado	Esquizofrenia	Isolamento social Baixa autoestima
N. 34	Solteiro	11º Ano de escolaridade	Desempregado	Esquizofrenia	Ansiedade Baixa auto estima

A média de idades dos utentes era de 32 anos, sendo 3 do género masculino e uma do género feminino.

Todas os participantes eram autónomos nas suas atividades de vida e com nível de cognição mantido. Um dos utentes era estrangeiro mas falava português fluentemente.

A avaliação das sessões foi qualitativa e quantitativa, realizada através da verbalização de sentimentos e avaliação pré e pós sessão de relaxamento, com o suporte de Escala visual analógica, adaptada de escala de avaliação da dor, permitindo igualmente uma resposta psicométrica. A escala era composta de 6 itens, de zero a seis. (Anexo I)

Paralelamente, foi realizada avaliação pela observação do enfermeiro, antes, durante e após a sessão de relaxamento, nomeadamente relativa à sua postura, realização dos exercícios, sonolência e respiração, dados estes que se encontram registados no quadro número 5.

Quadro nº 5. Avaliação feita pelos doentes, com escala visual analógica

Utentes	S1.	E.	S2.	N.
Momento 1	3	?	4	4
Momento 2	2	3	3	2

Legenda: 0-Muito relaxado; 1-Relaxado; 2-Pouco relaxado;

3-Alguma tensão; 4-Muito tenso; 5-Extremamente tenso

Apesar de um dos utentes não ter conseguido avaliar o seu estado inicial (referentemente à escala), todos manifestaram e revelaram diminuição da tensão.

A resposta psicométrica revela que a sessão de relaxamento foi benéfica, na redução de sintomas adversos, com redução da tensão e promoção de um estado de algum relaxamento.

Este método de avaliação de resultados revelou-se elemento facilitador, ajudando os utentes a avaliar e identificar sintomas.

Quadro nº 6. Avaliação qualitativa, feita pelos utentes e pela observação do enfermeiro

Utente	Observação antes do Relaxamento	Observação durante o Relaxamento	Observação após o Relaxamento	Avaliação dos utentes Respostas/reações à técnica de relaxamento
S1.	Humor deprimido, fâcies inexpressivo. Postura rígida Respiração superficial	Deitada no colchão Postura inicial rígida. Foi ficando menos tensa no decorrer da sessão.	Mais comunicativa, postura relaxada. Sorridente e mais expressiva. Respiração controlada.	Sinto-me bem. Gostei de tudo, mas principalmente da primeira parte (quebra gelo).
E.	Postura rígida Fâcies triste	Deitado no colchão, com postura inicial muito rígida, a qual foi libertando gradualmente	Postura de conforto, conseguindo falar e expressar-se.	Não consegui muito bem fazer a "viagem". Tinha muito sono mas não queria dormir. Sinto-me calmo e bem disposto.
N.	Humor deprimido. Postura rígida. Algumas inspirações profundas.	Deitado, com postura tensa, que foi libertando	Muito calmo, respiração controlada. Expressão sorridente	Gostei muito. Estive numa praia muito bonita. Sinto-me calmo.
S2.	Olhar triste. Postura rígida	Permaneceu deitado. Abriu os olhos algumas vezes no início.	Postura mais relaxada. Comunicativo e expressivo	Sinto-me bem. Sinto-me um bocado mais leve. Gostei do sol daquela praia.

Na generalidade, a avaliação das sessões foi positiva, quer pela observação quer pela verbalização dos utentes, apesar de sentir algumas limitações relativas à organização e espaço. Senti que o espaço destinado às sessões de relaxamento não era o mais adequado, pois sendo após a hora de almoço, alguns utentes referiam medo de adormecer.

O espaço físico era também muito reduzido, causando alguns constrangimentos relativos à postura e respiração da sala. No entanto, era uma das atividades que

mais proporcionava oportunidade de expressão de sentimentos, e promovia bem estar físico.

Este espaço proporcionou um momento de aprendizagem, pois vivenciei realidades diferentes das do internamento, promovendo o questionamento da minha própria intervenção e capacidade de adaptação.

b) Uso da arte como mediador expressivo

Como exemplo, apresento o resultado de uma atividade que surgiu da identificação de dificuldade de se organizarem em grupo, pela observação sistemática diária.

Esta atividade foi realizada em substituição da atividade desportiva, devido a más condições climatéricas, que não permitiam desenvolver a atividade ao ar livre, como estava instituído neste dia destinado à atividade física.

Participaram 5 utentes, sendo duas do género feminino e três do género masculino, com uma média de idades 32 anos.

Inicialmente só se encontravam 4 utentes pelo que se formaram dois grupos de 2 elementos. Posteriormente chegou mais um utente, que foi convidado pelos dois grupos a integrá-lo, tendo escolhido aleatoriamente um deles. Foi bem recebido, tendo participado na atividade.

Os materiais foram fornecidos pela Unidade e o espaço foi reorganizado de forma a proporcionar condições favoráveis ao desenho.

A avaliação do grupo foi positiva mas não foi registada de forma individual, tendo sido do agrado geral. (Anexo III)

Considerei esta atividade muito positiva mediante as características do grupo, com elementos que revelam dificuldades de interação e relação. Foi um momento importante e promotor de diálogo e interação social. O resultado final foi apresentado por cada um dos grupos, após o que cada um fazia a sua crítica e colocava as suas dúvidas ou questões em relação ao projeto.

Foi curioso verificar que ambos os grupos se esqueceram de integrar uma cozinha no seu projeto. Um utente frisou que era a área da casa onde menos tempo passava, justificando o sucedido. No entanto, demonstraram sensibilidade em

relação às necessidades especiais dos supostos membros da família, nomeadamente relativas a segurança.

Senti que esta atividade promoveu um momento agradável e descontraído, acompanhado de diálogo, riso, expressão de gostos e preferências pessoais e grande empenho na representação gráfica do trabalho.

c) Outras atividades

Sessão de treino de competências sociais e atividades de vida diária:

Estas sessões tinham lugar uma vez por semana, e realizavam-se à segunda feira da parte da tarde. Esta, surgiu pelo pedido de alguns elementos do grupo, e constou do planeamento e execução de uma atividade culinária (uma sobremesa: aletria). Cada elemento levou um ingrediente, tendo decorrido tudo como planeado.

Estes são momentos interessantes em que se estimulam competências sociais, capacidades de atenção, concentração, adaptação a novas situações e capacidade de organização de grupo, com divisão de tarefas. São igualmente momentos, que se constituem prazerosos, levam as pessoas a tomarem consciência das suas capacidades pessoais e estimulam a cooperação e a interação grupal.

Promoção da Comunicação interpessoal:

O grupo de utentes apresentava quase sempre uma postura um pouco rígida e formal denotando-se alguma ansiedade no seu olhar.

Pela minha observação e como resultado de entrevistas informais com os mesmos, apercebi-me de que encaravam a sua presença na Unidade de Projeto, como uma possibilidade de mudar de vida, sendo reconhecidos como “pessoas sérias” (sic). Talvez por isso sentissem medo de falhar e se inibissem, ao ponto de por vezes terem receio de expressarem as suas emoções, onde a alegria estava inibida.

Sendo adepta da boa disposição e promoção de momentos de descontração, identifiquei esta situação no grupo, existindo grande formalidade na sua postura, no seu discurso, no seu relacionamento. Sempre que se proporcionava, estimulava o sentido de humor dos elementos presentes, verificando com agrado que se “transformavam” e revelavam uma grande capacidade de imaginação.

Foram os momentos em que senti o grupo mais feliz e mais comunicativo, revelando grande cumplicidade comigo, o que nem sempre acontecia noutras atividades.

Não registei resultados por terem surgido de forma não planeada, no entanto, ficaram registados no meu percurso e crescimento, como muito integradores. Foi um trabalho que tentei realizar ao longo do meu estágio, promovendo momentos lúdicos, os quais eram do seu agrado e sempre libertadores de tensões. Estas atividades foram promotoras de um estabelecimento de relação de confiança, ao compreender a sua natureza e as suas necessidades.

Segundo José (2002) o humor funciona como um importante mecanismo de coping, na prática dos enfermeiros. (p.43)

Nesta Unidade, foi um privilégio poder usufruir desta experiência, onde se valorizam “pequenos gestos”, como elementos fundamentais ao nosso viver em comunidade. Neste serviço, presta-se um serviço essencial que respeita a pessoa e, acredita nas suas capacidades pessoais, apostando na sua integração social.

O decorrer do estágio coincidiu com a época do Natal, e, pessoalmente tocou-me a “indiferença” destas pessoas, relativamente a esta época festiva, geralmente vivida tão intensamente por grande parte da população portuguesa. A maior parte dos utentes não valorizava nem distinguia esta época, de um dia normal do ano, pois a realidade familiar assim o conduzia. Em entrevistas informais, foram verbalizando que a pouco e pouco com o evoluir da doença, tudo foi perdendo o sentido e o interesse, de tal modo que agora não sentem a falta desses “rituais”(sic).

Estas pessoas, pela sua história de vida, carregam pesados “fardos” que as impossibilitam de ver o “lado claro da vida”. É aqui que o papel do enfermeiro é essencial, ao ajudá-los a readquirir um mínimo de qualidade de vida e retomando um caminho, mesmo que alternativo. Para mim este é um dos sentidos do nosso cuidar; ajudar a viver, para além de sobreviver!

3.1.3. Unidade de tratamento e reabilitação na comunidade

Este estágio decorreu entre 21/1/2014 e 14/2/2014, num total de 140 horas.

Teve lugar num Centro de tratamento e reabilitação em ambulatório, o qual desenvolve a sua atividade desde Janeiro de 1999, contando com uma equipa pluridisciplinar.

Objetivo: Cuidar de pessoas com doença mental grave, objetivando a prevenção, tratamento e reabilitação.

A equipa é composta por: 3 enfermeiras, 3 administrativas, 4 psicólogos, 1 assistente Social, 2 psicopedagogos, 4 psiquiatras e 2 terapeutas ocupacionais.

A referenciação para o centro é feita através do Hospital geral, pela Urgência de psiquiatria, por outras Instituições da comunidade ou pelos Centros de Saúde, através do sistema ALERT e abrange 5 freguesias da área de Lisboa.

Atividades desenvolvidas:

- Enfermagem: Entrevistas de ajuda e técnicas de intervenção psicoterapêutica (sessões de relaxamento em grupo e individuais, uso de arteterapia e sessões de psicoeducação)
- Atendimento aos utentes a realizar depot, com respectiva monitorização e vigilância, atendimento a utentes quando em descompensação, consultas médicas, consultas de psicopedagogia, consultas de psicologia e apoio da assistente social.
- Visitas domiciliárias (VD) que decorrem à quarta-feira durante a parte da manhã. Fazem parte destas visitas; 2 enfermeiras, assistente social e o motorista.

As VD têm como objetivos; avaliar situações (mental, psicológica e económica), monitorizar casos de utentes que faltam às consultas, identificar necessidades, encaminhar para Centros ocupacionais, administrar terapêutica depot a utentes que, por várias razões não se deslocam ao Centro.

A visita pode ser marcada pelo médico, pela assistente social ou por necessidades identificadas pelo enfermeiro.

- Reunião de consultadoria dos Centros de saúde, com a participação de um enfermeiro e de um psiquiatra.

Com base no projeto de estágio, as intervenções incidiram mais no treino de técnicas de relaxamento, apesar de ter realizado e experienciado outras atividades em colaboração com a equipa. Das intervenções, saliento:

a) Técnicas de relaxamento; b) Participação como co terapeuta em sessão psicoterapêutica com o recurso do mediador expressivo-pintura; c) Entrevistas de ajuda

a) Técnicas de relaxamento

Neste estágio apresentei o projeto e os objetivos à minha orientadora, e expressei a vontade de realizar técnicas de relaxamento. Foram realizadas 3 sessões de relaxamento, como terapeuta, durante o estágio. As sessões foram planeadas e os indicadores de resultados foram a postura, a respiração, a pressão arterial e o reconhecimento dos benefícios do relaxamento. A técnica utilizada foi o relaxamento autógeno de Schultz (Apêndice V)

Os objetivos foram: promover relaxamento para controle da ansiedade, a utentes com depressão e ansiedade; ensino de técnica de relaxamento para autocontrolo da ansiedade; objetivo pessoal de treino de implementação da técnica de relaxamento autógeno de Schultz e respetiva avaliação.

Uma das sessões que registei, decorreu durante a administração de terapêutica ansiolítica e antidepressiva, na sala de soroterapia, a qual está equipada com cadeirões confortáveis. Foi colocada música ambiente, aquecedor e cobertores, por estar frio e um dia chuvoso. Participaram neste grupo as pessoas que a seguir se apresentam no quadro.

Quadro nº 7. Caracterização sociodemográfica e diagnósticos dos participantes
na sessão de relaxamento na Unidade comunitária

Idade e género	Estado civil	Escolaridade	Situação Profissional	Diagnóstico médico	Diagnósticos de Enfermagem
L.. 39 Masculino	Divorciado	12º Ano	Técnico Administrativo em empresa privada	Depressão Reativa	Baixa auto-estima; Ansiedade; Adaptação prejudicada
N. 34 Feminino	Solteira	11º Ano	Desempregada	Depressão Major	Baixa auto-estima; Ansiedade; Isolamento social
F. 70 Feminino	Viúva/ União de facto	4º Ano	Reformada	Depressão Major	Ansiedade; Isolamento social
M. 70 Feminino	Casada	4º Ano	Reformada	Depressão Major e Crises Conversivas	Ansiedade; Baixa auto estima
C. 68 Feminino	Casada	4º Ano	Doméstica	Depressão Ideação Suicida	Ansiedade; Baixa auto estima; Risco de suicídio

O grupo era maioritariamente feminino, com uma média de idades de 56 anos. Só um utente se encontrava no ativo e, apresentavam um grau de escolaridade predominantemente ao nível do ensino básico.

Os utentes tinham diagnóstico médico de depressão e, como diagnósticos de enfermagem, predominavam a ansiedade e a baixa auto estima, relacionada com agressões familiares/ violência doméstica.

A avaliação da sessão foi mista, sendo a qualitativa realizada através da verbalização de sentimentos e a quantitativa foi realizada por avaliação pré e pós sessão de relaxamento, com o suporte de Escala visual analógica, adaptada de escala de avaliação da dor, permitindo igualmente uma resposta psicométrica. Foi ainda realizada avaliação pela observação do Enfermeiro em relação à respiração, postura corporal e estado anímico, e igualmente o indicador, tensão arterial.

Quadro nº 8. Observação do enfermeiro e avaliação qualitativa, realizada pelos utentes

Utentes	Observação antes do Relaxamento	T.A. Antes Relax.	Observação durante o Relaxamento	Observação após o Relaxamento	T.A. Após Relax.	Avaliação do utente
L.	Humor deprimido Postura tensa Fácies triste Pouco comunicativo	T.A. 135/72	Respiração profunda Adormeceu	Postura relaxada. Sonolento	T.A. 130/69	Sinto-me bem. Apetece-me ficar aqui a dormir. Posso ficar aqui sentado mais um pouco?
N.	Verbalizou ansiedade e tristeza Fácies triste	T.A. 128/60	Calma, adormeceu durante o relaxamento	Sonolenta Postura de conforto, conseguindo falar e expressar-se	T.A. 125/62	A partir de um certo ponto não ouvi mais nada. Fez-me bem descansar. Estou calma.
F.	Pouco comunicativa. Postura defensiva	T.A. 158/80	Inquieta no início. Respiração superficial no início da técnica e mais profunda no decorrer da sessão	Chorosa, postura defensiva	T.A. 152/80	Estou bem, mas não sei porque é que estou a chorar. Consegui viajar até à praia. Já lá não ia há muito tempo.
M.	Verborreica. Postura negativista	T.A. 160/93	Manteve os olhos abertos, por dificuldade em me ouvir	Aparentemente calma e mais atenta ao grupo	T.A. 148/75	Não consegui ouvir quase nada, mas o ambiente calmo fez-me bem. Estou muito bem. Nota: Administrado anti hipertensor
C.	Postura defensiva, humor ansioso	T.A. 144/72	Manteve os olhos fechados e respiração profunda	Inquieta no início da técnica Aparentemente calma e com postura relaxada	T.A. 142/70	Gostei da música. Nunca tinha feito relaxamento porque não acredito muito nestas coisas. Gostei e gostava de repetir. Preciso de momentos destes para mim

No final da sessão de relaxamento, todos os utentes tinham a respiração controlada, diminuindo os ciclos respiratórios e apresentavam uma postura de conforto e descontração. Também se verificou controlo (descida) dos níveis tensionais, apesar de uma das utentes ter tomado terapêutica SOS no início da sessão, segundo prescrição médica.

Fiquei feliz pela avaliação do grupo ter sido positiva, sendo que para alguns utentes foi a primeira vez que tiveram contato com esta experiência.

A avaliação da enfermeira orientadora, a qual fez a supervisão, também foi positiva, frisando que conduzi bem a sessão, não vacilando, mantendo o discurso fluido e uma cadência na voz, associados a voz calma.

Foi gratificante a aprendizagem de uma nova técnica, orientada pela enfermeira do serviço, a qual experienciei a primeira vez como se fosse utente, e senti conseguir um relaxamento profundo.

b) Participação como co terapeuta em sessão psicoterapêutica com o recurso do mediador expressivo-pintura

No momento de estágio decorria uma intervenção de enfermagem, com base na arteterapia. Colaborei numa das sessões como coterapeuta, tendo ficado responsável pelo registo e avaliação da sessão.

Durante a sessão colaborei com o grupo, apoiando as utentes com mais dificuldades de concentração e de execução.

Nesta atividade só participaram utentes do sexo feminino, e só uma delas se encontrava a trabalhar. Esta era a 3ª sessão, e consistia em transpor para a tela, o desenho escolhido para pintar.

Todas as utentes apresentavam um quadro de ansiedade, o que lhes causava sofrimento. O recrutamento foi feito pela apreciação de enfermagem durante as entrevistas de ajuda.

Quadro nº 9. Caracterização sociodemográfica e diagnósticos dos participantes na sessão de pintura

Idade/ Género	Estado civil	Escolaridade	Situação Profissional	Diagnóstico médico	Diagnósticos de Enfermagem
V. 33 / Feminino	Solteira	6º Ano de escolaridade	Desempregada	Transtorno Bipolar Défice mental não especificado	Isolamento social Ativi. de recreação deficientes
E. 67/ Feminino	Divorciada	9º Ano de escolaridade	Reformada	Depressão Major	Adaptação prejudicada Ansiedade
L.57/ Feminino	Casada	6º Ano de escolaridade	Desempregada	Défice de atenção Ansiedade excessiva Histriónica	Isolamento social Baixa autoestima Ansiedade
A.S./63	Casada	6º Ano de escolaridade	Reformada	Perturbação Bipolar	Ansiedade Baixa auto estima
A. /43 Feminino	Divorciada	12º Ano de escolaridade	Auxiliar de Ação Educativa no ativo	Depressão reativa	Ansiedade Baixa auto estima Défice de atenção
I./65 Feminino	Casada	4º Ano de escolaridade	Reformada	Síndrome Anjo depressivo com fobias	Ansiedade Baixa auto estima
A.P./59 Feminino	Viúva	12º Ano de escolaridade	Reformada	Perturbação Bipolar	Ansiedade Adaptação prejudicada

A avaliação foi realizada no final da sessão e foi qualitativa. Os utentes verbalizaram sentimentos e emoções predominantemente positivos. A sensação de bem estar foi mencionada várias vezes.

Foi uma experiência enriquecedora pela avaliação positiva que todos fizeram, revelando os benefícios da arteterapia nas pessoas com ansiedade e depressão. Da análise dos resultados destaca-se o gosto pelo convívio (3 respostas), o receio por não conseguir pintar (1 resposta), calma/tranquilidade (2 respostas), atenção e concentração (2 respostas).

Uma das causas de sofrimento é a solidão e o isolamento social. As atividades grupais constituem-se terapêuticas, colmatando estas situações e promovendo o convívio, o que é confirmado em algumas frases de utentes:

“Gosto de conviver”; “gostei de estar aqui convosco a trabalhar”; “Gosto do convívio”; “Em casa estou muito sozinha e tenho momentos em que falo com os meus gatos, ou então falo com as paredes, só para ouvir o retorno do eco”

O uso da pintura como mediador expressivo, é também promotor de momentos de descontração e relaxamento, ao promover uma abstracção da realidade e sensação de libertação:

“Parecia que estava no paraíso”; “Hoje vinha nervosa, mas estou mais calma”; “Estou calma e sinto-me bem”; “ Sinto-me bem”

As próprias capacidades pessoais são testadas e confirmadas ao responder a desafios, aos quais não estão habituados a enfrentar. Com o apoio dos restantes elementos assim como do terapeuta, readquirem-se capacidades, promove-se a autoestima e adquirem-se estratégias de resolução de problemas, como se confirma nalguns relatos:

“Vamos lá ver se consigo acabar o trabalho”; “estou preocupada porque acho que não vou conseguir pintar”; “Estive mais atenta ao meu trabalho”; “Senti-me bem mas sei que fiz disparates”.

O grupo revelou capacidade de reconhecer as suas dificuldades e necessidades, reconhecendo igualmente os benefícios da ocupação de tempos livres e do convívio grupal, sendo a pintura uma das opções a ponderar.

“Sugiro que quando vocês estiverem sem fazer nada, façam um trabalho destes”

Fui muito bem aceite pelo grupo, o qual manifestou tristeza por eu não participar em mais nenhuma sessão, devido ao término do estágio. Aceitaram bem a minha ajuda e sugestões. O momento final de avaliação e partilha foi promotor de bem estar com humor revelado pelas utentes.

c) Entrevistas baseadas na relação de ajuda

A entrevista foi uma das intervenções de âmbito psicoterapêutico, de maior peso nesta Unidade, e a qual é realizada com muita frequência.

São muitos os casos de pessoas que recorrem ao apoio da equipa de enfermagem, em caso de sofrimento ou problemas de difícil resolução.

O estabelecimento de uma aliança terapêutica é essencial para promover a expressão de sentimentos e dificuldades por parte do utente.

Por ser um trabalho de continuidade, não realizei as entrevistas sozinha, mas sim com a colaboração da enfermeira orientadora.

É utilizada escuta ativa, prestado apoio emocional, são definidas estratégias conjuntas, e é feito o encaminhamento médico quando necessário, agindo conforme a identificação de diagnósticos de enfermagem.

Se necessário, é instituída terapêutica medicamentosa em SOS ou realizada técnica de relaxamento para alívio da ansiedade. (Apêndice V)

d) Outras atividades

Foram realizados atendimentos para administração de terapêutica *depot*. Estes atendimentos não se limitam a uma simples administração. É feita avaliação do estado mental, através da observação e de algumas perguntas simples. É dado espaço para o utente colocar questões, expor dúvidas ou problemas e para agendar consultas ou uma próxima visita.

Vivenciei várias situações: Pedido de ajuda de familiares por sobrecarga do cuidador, necessidade de encaminhamento médico para ajuste terapêutico ou para internamento, encaminhamento para a assistente social, identificação de necessidade de visita domiciliária, encaminhamento de familiares para consulta de psiquiatria.

Particpei em duas sessões de educação para a saúde na Unidade de reabilitação, como co terapeuta, com os temas “ Gripes e constipações” e “ Linhas telefónicas de apoio”.

Particpei com a equipa em visitas domiciliárias, tendo vivenciado situações de degradação e sofrimento que estimularam a minha capacidade de reflexão.

Particpei ainda na reunião comunitária do centro de saúde, tendo sido igualmente um momento enriquecedor.

Foram realizados 3 diários de aprendizagem, de três situações que mais me marcaram e me levaram a pesquisar e a registar o momento. (Apêndice IV)

3.2. Outras atividades extracurriculares

Estágio observação/participação em Unidade de Cuidados Paliativos:

Na primeira semana de Setembro, realizei uma semana de estágio na Unidade de Cuidados Paliativos “São Bento Menni”, na Casa de Saúde da Idanha. Teve a duração de 40 horas, mas foram de voluntariado, não tendo sido contempladas na carga horária total de estágio, por ter decorrido fora do período letivo (setembro).

O objetivo foi o identificar estratégias para lidar com a pessoa em sofrimento em situação de fim de vida.

Pela necessidade sentida relativa a um melhor conhecimento de técnicas comunicacionais, realizei um curso de formação em contexto hospitalar com o tema “ Comunicação no âmbito do cuidar”, com a duração de 44 horas, e o qual decorreu entre outubro e novembro de 2013 no HSM.

Foram abordados vários temas, foram simuladas situações com recurso a role playing para treino de situações, foi realizado e apresentado um trabalho de grupo, com o tema “ Importância da voz no cuidar” e foi realizado um teste final, tendo obtido aproveitamento. (Anexo V)

Participação no XI Congresso Português de Psico-Oncologia:

As referidas Jornadas decorreram nos dias 11 e 12 de Outubro de 2013 no Hotel D. Luís em Coimbra, sob a temática “ Viver após o cancro”.

Foram organizadas pela Academia Portuguesa de Psico-Oncologia, em colaboração com a Unidade de Psiquiatria e Psicologia do IPO-FG de Coimbra e com a consulta de Psico-Oncologia do Serviço de Psiquiatria do CHUC (Centro Hospitalar Universitário de Coimbra).

Vários foram os temas abordados, em relação à realidade dos doentes, considerados “sobreviventes” de cancro, tais como; espiritualidade, intimidade e sexualidade, depressão, comunicação com o doente e família, fadiga, alterações do sono, gestão da incerteza, gestão da incapacidade funcional, comunicação de más notícias, papel dos grupos terapêuticos, dor crónica e *stress* pós-traumático da pessoa sobrevivente de cancro. (Anexo VI)

Participação nas Jornadas de Complementaridades entre enfermagem e terapias não convencionais:

Decorreram em Braga, nos dias 22 e 23 de Novembro de 2013 e foram promovidas e organizadas pela Associação de estudantes, da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Braga, objetivando uma formação complementar ao Curso de licenciatura em enfermagem. A abordagem destas temáticas, promove o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo, que deve ser tido em conta na autonomia e tomada de decisão do profissional de enfermagem. (Anexo VII)

Participação nas XXI Jornadas da Adolescência:

Decorreu em Lisboa nos dias 28 e 29 de Novembro de 2013 e constituíram-se uma mais-valia, para o percurso de aquisição de Competências de EESMP.

Os temas abordados, a partilha e reflexão sobre os mesmos foram interessantes, pertinentes e atuais (Anexo VIII). Frequentei ainda, inserido nas mesmas Jornadas, um Workshop de Musicoterapia (Anexo IX). Todas as atividades foram importantes para refletir sobre várias temáticas emergentes na nossa profissão. Estamos de facto a viver uma época de mudança em que buscamos uma identidade profissional, que nos proporcione uma autonomia para executar o nosso próprio cuidar, mostrando a nossa capacidade e conhecimento que advém da nossa experiência.

Santos (2013) afirma que “ a autonomia profissional da enfermagem é uma questão ainda não resolvida, tanto do ponto de vista teórico como da prática.” (p.62)

4. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Todas as situações vivenciadas, quer em contexto de estágio, quer em simultâneo com o mesmo, foram promotoras de uma aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, aliando a intervenção em campo a uma capacidade de reflexão.

Foram mobilizadas competências, aliadas a uma mobilização pessoal como instrumento terapêutico, objetivando a promoção e recuperação da qualidade de vida da pessoa.

1ª Competência do EESMP

Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

A prestação de cuidados a pessoas em sofrimento, promoveu o meu desenvolvimento pessoal e profissional, conduzindo-me a um processo de auto conhecimento. As reflexões a que fui conduzida, e as quais foram registadas sob diários de aprendizagem, guiaram-me num percurso único baseado no saber experiencial e reflexivo.

Vivi cada momento, cada episódio, cada situação como se fosse meu, colocando-me do lado de quem sofre e tentando traduzir o seu pedido de ajuda, compreendendo o seu sofrimento. Considero muito positiva a orientação dada pelas orientadoras, que me acompanharam e promoveram também elas experienciar novas situações.

Todo o sofrimento que vi e senti, consolidaram o meu querer ajudar, sobretudo em pessoas que estavam numa situação de fragilidade extrema, e se sentiam incapacitadas para gerir a sua vida.

Ao estar no papel de terapeuta, senti-me parte integrante de uma situação de sofrimento, estabelecendo a relação de ajuda com base na empatia. Identifiquei processos de transferência e contratransferência, não ocultando ou anulando sentimentos presentes, como a compaixão.

As intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, tiveram sempre uma avaliação positiva, quer pelos utentes, quer pelas orientadoras, o que me confere uma segurança para prosseguir o meu projeto, de uma forma mais confiante.

2ª Competência de EESMP

Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental

Foi valorizada a colheita de dados dos clientes e família, objetivando a compreensão do seu processo de doença e identificando necessidades de intervenção, encaminhamento e ensino.

Na Unidade de Projeto, experienciei a importância do apoio e encaminhamento na busca de uma autonomia perdida ou muitas vezes “asfixiada”, quer pela Sociedade quer pela família. A promoção do treino de competências, o convívio e contato social, desde os simples almoços no refeitório até à ajuda na organização de passeios e procura de emprego, são algumas das competências que se trabalham diariamente nesta Unidade.

As visitas domiciliárias são igualmente um importante momento, para avaliação de situações do utente e família, assim como do meio em que está inserido e apresentam três objetivos primordiais: prevenção, cuidados continuados e de pós-cura. (Lartin,1996.p.43). Nesta situação de estágio foram mais presentes os dois primeiros objetivos.

Foram vivenciadas situações que careciam de apoio e acompanhamento, articulando a situação com Centros de saúde, cuidadores, assistente social e outras instituições de apoio.

3ª Competência de EESMP

Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

A avaliação do estado mental é agora algo natural na avaliação, e a qual integrei no decorrer dos estágios, além do aporte teórico prévio.

O atendimento a doentes e famílias, assim como a prestação de cuidados diretos, proporcionam uma mais valia para o estabelecimento diagnóstico de enfermagem.

A administração de terapêutica depot é um momento crucial para uma avaliação do estado mental e identificando necessidades de intervenção.

Foi realizado um estudo de caso, para a execução do qual foram realizadas várias entrevistas ao utente e familiares. Neste âmbito, foi realizado Genograma e Ecomapa, valorizando os contextos sociais e territoriais ocupados pela pessoa.

Por valorizar as aptidões de comunicação, realizei um curso de comunicação no âmbito do cuidar, tendo desenvolvido competências nessa área.

O contato com o sistema de taxonomia CIPE e NIC e NOC, foram importantes para o treino de identificação diagnóstica de uma forma sistematizada.

Tomei consciência da necessidade de indicadores de resultados das intervenções realizadas e dos cuidados prestados, sob o risco de não haver uma correta avaliação da qualidade e pertinência da intervenção. O contato direto com a realidade de terapeutas de referência, fez-me interiorizar a pertinência da sua existência pelo bom trabalho desenvolvido no acompanhamento de doentes de evolução prolongada.

4ª Competência de EESMP

Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Aprestação de cuidados foi sempre ajustada à pessoa e à sua realidade. Foram desenvolvidas competências no âmbito da psicoeducação, tanto ao doente como à família, de forma ajustada às limitações inerentes à sua situação clínica.

As sessões de âmbito psicoterapêutico realizadas, visaram facilitar respostas adaptativas de modo a recuperar a saúde mental, promovendo mudanças positivas no estilo de vida. As técnicas de relaxamento objetivam a diminuição da ansiedade, com todos os benefícios daí decorrentes. Permitem o libertar tensões e vivenciar experiências gratificantes, tendo sido uma das competências mais desenvolvida, para dar resposta ao projeto.

Na Unidade de Projeto foram desenvolvidas competências no âmbito da promoção da reabilitação psicossocial, promovendo e apoiando uma maior autonomia da pessoa e aquisição da máxima funcionalidade. Foram mobilizados conhecimentos teóricos e experienciais, que aliados a vivências e reflexão, promoveram a aquisição de competências.

A orientação dada pelo apoio da docência, a supervisão dos enfermeiros orientadores, a partilha e disponibilidade dos colegas de profissão e de outros profissionais, fizeram parte deste percurso, o qual foi sempre avaliado positivamente.

Com desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, sinto-me agora mais capacitada para ajudar o doente com patologia mental a superar vivências dolorosas, geradoras de mais sofrimento. Sinto-me motivada para promover mudanças e implementar novas práticas, estimulada pelas minhas próprias vivências em contexto de estágio, lado a lado com pessoas em sofrimento.

Chantal Couvreur afirma que, “ para obtermos mudanças a nível dos resultados, não chega mudar de método ou de técnica; é necessário fazer uma mudança mais profunda, mesmo ao nível das nossas concepções de vida.” (p.17)

5. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O período de estágio permitiu o ganho de competências em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Neste sentido, o campo de intervenção especializada em enfermagem de saúde mental, em que o foco de intervenção é o indivíduo/família/comunidade, no contínuo de vida, é organizado em torno das respostas aos processos de saúde/doença mental, vivenciadas pelo sujeito.

Ao longo do estágio foi-se objetivando a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença, e a reabilitação e reinserção psicossocial, demonstrando um conjunto de competências clínicas específicas.

Segundo os pressupostos da enfermagem psicodinâmica definidos por Peplau; a postura adotada pela enfermeira, interfere directamente no cliente. O auxílio ao desenvolvimento da personalidade e ao autoconhecimento é uma função da enfermagem, sendo os profissionais que melhor se adequam a esta intervenção.

O objetivo da nova política de saúde mental é ajudar a recuperar plenamente a sua vida na comunidade, com o apoio especializado quando necessário. O acesso aos cuidados de saúde mental, a todas as pessoas que deles necessitem, fora das instituições e na proximidade das suas localidades deve ser garantido. Deve-se promover a reabilitação e a integração social, em articulação com outros serviços da comunidade (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

Considero que ser enfermeira implica uma série de valores éticos e deontológicos, que só através de uma prática assertiva e refletida podemos valorizar e dignificar a profissão, que se caracteriza pelo cuidado ao outro. Procurei durante a prática clínica manter uma atitude crítica fundamentada, demonstrando a apropriação e respeito pelo Código Deontológico do Enfermeiro, procurando atitudes que visassem a

centralidade na Pessoa e prestação de cuidados singulares e individualizados. Foi também meu interesse a atualização do conhecimento acerca das atuais políticas de saúde, bem como do atual regime da carreira de enfermagem, através de uma partilha formal e informal de conhecimentos, atitude e valores subjacentes ao exercício da profissão.

Neste sentido foi gratificante partilhar experiências, integrar novos conhecimentos, desenvolver novas competências e apreciar outras realidades, que ajudaram a fundamentar e a implementar o projeto.

Como fatores limitadores e constrangimentos, neste percurso de estágio, relevo a minha pouca experiência na identificação de diagnósticos de enfermagem, a adaptação às realidades dos serviços, o não domínio das técnicas implementadas e a curta duração do estágio, os quais foram limitativos para a execução das mesmas.

As interrupções letivas, os atestados e períodos de férias das orientadoras dos campos de estágio, foram igualmente limitadores das atividades.

O trabalho com grupos e a realização destas técnicas são uma referência de extrema importância em qualquer plano/processo terapêutico de pessoas em tratamento, recuperação, reabilitação e reinserção social. Sendo mesmo reconhecida a vantagem na utilização da técnica de relaxamento e das dinâmicas de grupo no tratamento da ansiedade e depressão.

Na avaliação das sessões de relaxamento conseguimos verificar uma relação positiva entre a implementação dessas técnicas e o alívio da ansiedade, pela avaliação com base nos indicadores (tensão arterial, respiração, postura), e sustentada pela verbalização de sentimentos positivos pelos utentes.

Como futura especialista em EESMP, sinto que recai sobre mim a responsabilidade, quer a nível da formação, quer a nível de sensibilização dos profissionais de saúde com quem contacto, acerca dos cuidados de apoio à pessoa com doença hematológica passando pela utilização de novas técnicas adquiridas e consolidadas durante este percurso.

A identidade da enfermagem começa a tomar corpo, à medida que o enfermeiro se autonomiza e delimita o seu espaço de intervenção, pela capacitação na relação

terapêutica e noutras técnicas de enfermagem, na postura assertiva, reflexiva e segura, que servem de base ao cuidado prestado.

No quotidiano da nossa práxis de enfermagem, reconhecemos que a fraca consciência de autonomia profissional revelada por alguns enfermeiros, bem como a fraca competência comunicacional e de uma linguagem profissional significativa e partilhada, são importantes indicadores de que a enfermagem se encontra ainda num processo de procura de si. (Santos, 2013)

Na nossa profissão, seremos tanto mais reconhecidos, quanto melhor desempenharmos bem as nossas funções, baseando as nossas intervenções na evidência científica.

Os enfermeiros de saúde mental devem ser cuidadores, capazes de identificar as problemáticas da pessoa que cuidam, do que é expresso verbal e não verbalmente. Seremos detentores de uma voz, que não fala só por si, mas que sabe dar voz àqueles que sofrem e não conseguem expressar-se, incluindo os familiares que sofrem muitas vezes sozinhos. Também é importante identificar o sofrimento e a grande sobrecarga física e emocional que está subjacente ao tipo de doença e à duração da mesma, além de outras variáveis que interferem no cuidar destas pessoas, como é a realidade do tratamento de uma doença crónica.

O enfermeiro tem a capacidade de ser autónomo, usando os seus conhecimentos e as suas competências ao conseguir ser modelo ou instrumento terapêutico, atuando com base na sua perícia, de acordo com os diagnósticos por si identificados.

O doente hemato oncológico é uma real, e potencial, vítima de agressão e sofrimento psicológico, pelas múltiplas alterações e agressões a que é submetido, e pelo receio do devir, razão pela qual há que intervir precocemente no sentido de promover e prevenir a doença do foro psiquiátrico.

As técnicas de relaxamento constituem-se uma das intervenções de âmbito psicoterapêutico, que revelam melhores resultados na diminuição da ansiedade inerente à doença e ao sofrimento muito presente, promovendo a prevenção de outras patologias ou sintomatologia relacionadas com a própria ansiedade. Estas técnicas constituem-se ainda promotoras de uma aliança terapêutica entre utente e enfermeiro, pela presença e disponibilidade reveladas.

Também as técnicas de comunicação, verbal e não verbal, devem objetivar igualmente, tanto o estabelecimento da aliança terapêutica como o próprio controle da ansiedade.

Os Serviços de oncologia, tal como os de saúde mental, deveriam contemplar a obrigatoriedade de presença de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, pela suas competências comunicacionais, capacidade de ouvir, compreender e intervir, aliviando o sofrimento do utente e das pessoas significativas.

É necessário empenho, dedicação e demonstração de resultados sustentando sempre as intervenções numa prática baseada na evidência, que permite consolidar a pertinência da nossa intervenção e qualidade na assistência em enfermagem.

Como defende Hesbeen (2003), o prestador de cuidados exerce uma profissão de criador, que através da sua arte adequa os cuidados a cada situação humana.

Para implementar e defender projetos inovadores, há que coexistir uma responsabilização pela qualidade dos cuidados, sustentados na fundamentação e justificados pela avaliação, sendo indispensável o envolvimento da pessoa com os profissionais, em todo este processo.

6. REFLEXÃO FINAL E PERSPETIVAS DE FUTURO

Considero que a realização deste estágio, inclusive a redação deste relatório, se constitui como referi anteriormente uma mais-valia para a minha formação e experiência profissional. Penso que os enfermeiros especialistas de saúde mental e psiquiatria têm de encontrar o seu modelo para trilhar o seu próprio percurso como terapeutas. Presentemente, vivo com orgulho esta fase da minha vida, na qual me sinto com vontade e capacitada para conseguir ajudar as pessoas em sofrimento, através de intervenções que lhes proporcionem bem estar e uma melhor qualidade de vida.

Após a realização deste curso, sinto que estou a recomeçar uma nova fase e a realizar novas intervenções, sustentando e dando corpo a uma experiência de 24 anos a cuidar doentes do foro hematológico.

Esta fase torna-me numa pessoa mais capaz de compreender o outro, de valorizar a sua história de vida e o seu sofrimento. Permite-me assim, ajudar a ultrapassar cada fase de vida sem a querer anular, mas sim convivendo com ela da melhor forma, pois considero serem premissas essenciais para ajudar estas pessoas, que vivem uma “dura” realidade.

A realização deste estágio, precedido de um aporte teórico, promoveu o meu desenvolvimento pessoal e profissional, sentindo-me agora capaz de soltar esta “angústia” que tinha de querer ajudar sem saber como.

Neste percurso, o autoconhecimento, a gestão emocional, a utilização de técnicas de relaxamento e de comunicação (aprender a escutar, a respeitar os silêncios, a validar, reformular, ter uma atitude de orientação, apoio aos utentes e seus familiares) foram áreas em que sentia mais necessidade de desenvolver

competências. A relação com os utentes, tornou-se mais fácil e não poderei dizer que não fico feliz, por isso ser manifestado tanto pelos utentes como pelos familiares e outros profissionais.

A consecução, gestão e supervisão das técnicas de relaxamento e outras atividades desenvolvidas neste estágio, foram uma mais valia e estão espelhadas neste relatório de estágio.

As técnicas de relaxamento são intervenções autónomas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, com resultados comprovados na melhoria da qualidade de vida do utente, pela capacidade de aliviar os sintomas, e também ensinar a gerir estes de uma forma não invasiva e contribuindo para o aumento do bem estar.

A realização destas técnicas, bem como a melhoria da avaliação diagnóstica no meu serviço, estão a servir de base para identificar áreas a melhorar.

Pensamos que a área de formação dos profissionais é uma área que pode ajudar a alterar as ações, mesmo as que já foram implementadas, no sentido de uma melhor intervenção.

Encontro-me a realizar um plano de intervenções de cariz psicoterapêutico para implementar no serviço de hematologia, apesar de já realizar algumas técnicas de relaxamento pontuais, das quais tenho tido sempre resultados positivos.

Tendo em conta as possíveis intervenções no âmbito do relaxamento, estamos a reformular a folha de colheita de dados. Esta foi ajustada, incluindo agora a questão:

“Quais os seus locais preferidos para relaxar. Onde se sente seguro?”, passando também pelo conhecimento do cenário que mais tranquiliza a pessoa, com o objetivo de realizar a técnica de relaxamento com imaginação guiada, de um modo mais seguro e eficaz.

Está em curso a implementação de uma escala de ansiedade no serviço, face à identificação de problemas de ansiedade vivenciadas pelos utentes.

Também na entrevista de acolhimento, o utente e família são informados da prática de técnicas de relaxamento no serviço, como uma oferta de cuidados autónomos que visam uma melhor qualidade de vida à pessoa com doença oncológica.

A formação em serviço, é uma vertente a desenvolver para que todos os enfermeiros conheçam e se sintam capacitados para realizar algumas técnicas de relaxamento, nomeadamente a respiração abdominal, para reduzir a ansiedade do utente e família.

Pela importância que dou à comunicação no cuidar, continuarei a investir na formação nesta área, partilhando a minha visão e crença com a restante equipa de cuidadores.

Futuramente penso realizar formação em serviço, dando especial atenção ao uso terapêutico das técnicas de relaxamento e ao uso criterioso do tom de voz, por reconhecer ser um importante instrumento terapêutico, também ele interferindo directamente no controlo da ansiedade.

Continuarei a ter em conta a minha própria sensibilidade e percepção no cuidar do outro, valorizando a minha própria “inteligência emocional”, como fator relevante nas relações interpessoais. Como defende Daniel Goleman (2000), a chave para tomar boas decisões pessoais é saber ouvir as preocupações, os sentimentos do outro, conseguindo através da empatia e da capacidade de relacionamentos em grupo, envolver as pessoas na resolução dos seus próprios problemas, podendo refletir com eles.

Congratulo-me pelas experiências que vivenciei, na área da saúde mental e psiquiatria, os quais me lembraram como existem pessoas que precisam de nós e do nosso apoio incondicional. Penso que muito mais há para realizar, para libertar estas pessoas do estigma que ainda carregam.

Após adquirir o estatuto de EESMP, penso que não será difícil na zona residencial realizar algumas sessões de relaxamento para promover a saúde mental, reduzindo a ansiedade principalmente a grupos mais vulneráveis, de desempregados, com situações de solidão e de isolamento social, estimulada pelos resultados positivos que vivenciei no último campo de estágio.

A médio prazo gostaria de criar grupos de ajuda a pessoas vítimas de violência doméstica, por sentir que é uma realidade em crescendo, mas que continua ocultada, pelo estigma e pelo medo. Consolidei esta realidade no estágio realizado

no espaço comunitário, onde grande parte dos utentes eram vítimas deste flagelo, a vários níveis, revelando sempre grande sofrimento mental.

O sofrimento mental surge em várias alturas da nossa vida, com menor ou maior intensidade, sendo no entanto transversal a todo o ser humano. Cabe-nos a nós, profissionais de relação, conhecer o nosso próprio eu e conhecer a pessoa que precisa de nós, a fim de a poder ajudar.

Como refere Chantal Couvreur (2001), é preciso identificar as causas das emoções a fim de as poder contornar, e para isso, “existem meios que nos permitem apaziguar as nossas tensões, tal como o relaxamento, visualização e exercício físico” (p.32)

Como enfermeira especialista, espero estar à altura de ajudar o outro, qualquer que seja a sua realidade, com recurso a técnicas de intervenção, que pela evidência científica, se constituem eficazes na redução de sintomas como a ansiedade.

7. REFERÊNCIAS

7.1 Bibliográficas

- Amaral, A. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Ambrósio. (s.d.). *Educação e desenvolvimento. Contributo para uma mudança reflexiva da educação*. Faculdade de Ciências e tecnologias. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Apóstolo, J. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na Depressão, Ansiedade e Stress*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Bennett,P; Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brandes, D.; Phillips,H. (1977). *Manual de jogos educativos*. Lisboa: Morais Editora
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção Terapêutica. Volume 2. Estratégias de Intervenção*. Camarate: Lusodidacta.
- Couvreur, C. (2001). *A qualidade de vida. Arte para viver no século XXI*. Loures: Lusociência
- Dschoutezo,A. (2001). *Masaje Psicosomático Ayurveda.Técnicas revolucionárias de Quiromasaje en el siglo XXI*. Madrid. Mandala Ediciones.

- Dias,M.,Durá,E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores
- Elias,M., Ferreira,M. (2003). “ *Sinto-me como um peixe dentro de um aquário*”. *Vivências do doente submetido a isolamento protector*. ESEL. Monografia de Complemento de Formação em Enfermagem, não publicada. Lisboa.
- Fauci et al (1998). *Harrison. Medicina Interna*. 14ª Edição. Volume II. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill.
- Galhanas, C. (1997). *O amor na génese da relação terapêutica*. Revista Servir. Vol. 45. Lisboa.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Guerra, M.; Lima,L. (2005). *Intervenção Psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Herédia, G.; Martin,L. Merkiled,A.; Savarit,H. (1996). *Soins Infirmiers en Psychiatrie:Role proper et Cas Concrets. 2edition. Thory*. Editions Heures de France. Institut de Formation em Soins Infirmiers et Professions Paramedicales.
- Hesbeen,W. (2003). *Criar novos caminhos*. Camarate: Lusociência.
- Honoré,B. (2002). *A saúde em projeto*. Camarate: Lusociência.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press.
- Johnson, M.; Bulechek, G. ; Butcher,H. ; Dochterman,J. ; Maas,M. ; Moorhead, S. ; Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC E NIC. Diagnósticos, resultados e intervenções de Enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- José, H. (2002). *Humor nos cuidados de Enfermagem. Vivências de Doentes e Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda. Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Modelo de Desenvolvimento profissional. Conselho de enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Peixoto, A et al (2012). *Competências Clínicas de comunicação*. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. Porto: Unidade de Psicologia Médica
- Peplau, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Picado, A. (2002). *O respeito como valor moral na relação terapêutica*. Mestrado em Comunicação em saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina
- Rispail,D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar. Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Salvador,M., Rodrigues,C., carvalho,E. (2008). *Emprego do relaxamento para alívio da dor em oncologia*. Revista RENE. Volume 9, nº1. Fortaleza. S.e. Acedido online.

- Santos, M. (2013). *Enfermagem à procura de si: Integrando Modalidades Terapêuticas Não Convencionais no Processo de Cuidados*. Loures: Lusociência
- Simpson, H. (1992). *Modelo de Peplau. Aplicación práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y técnicas, S.A. Masson-Salvat.
- Thelan,L.,Davie,J.,Urden,L.,Lough,M. (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos. Diagnóstico e Intervenção*. 2ª Edição. Camarate: Lusodidacta.
- Tomey,A., Alligood,M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. (Modelos e teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição.Loures: Lusociência.
- Towsend,M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª Edição.Loures: Lusociência.
- Ttzepacz,P., Baker,R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Wolf, M. (2009). *Teorias da comunicação*. 10ª Edição. Barcarena: Editorial Presença.
- Wright,C. (1975). *Mass communications: A social Approach*. 2ª Edição. Nova Iorque: Random House.
- Vitiello, N. (1997). *Manual de dinâmicas de grupo*. São Paulo: Iglu Editora
- Yalom,I.D.; Leszcz,M.(2006). *Psicoterapia de Grupo: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.

7.2. Eletrónicas

www.alert-online.com/pt/medical-guide/dor-e-cancro Acedido em 14/5/2013

www.centroreichiano.com.br/artigos. Acedido em 2/7/2013

www.psicologia.pt/artigos/textos/A0291.pdf Acedido em 11/3/2014

<http://www.acs.min-saude.pt/2008/01/18/plano-accao-servicos-de-saude-mental>

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22954828&long=pt-br&site=ehost-live>

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23131371&long=pt-br&site=ehost-live>

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21385249&long=pt-br&site=ehost-live>

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22688670&long=pt-br&site=ehost-live>

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21457903&long=pt-br&site=ehost-live>

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22459520&long=pt-br&site=ehost-live>

<http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/698/1/LC157.pdf>

Apêndices

Apêndice I

Plano de Sessão de “Relaxamento de Jacobson”

Sessão de âmbito Psicoterapêutico

Título

“ Paz interior”

Objetivos:

Promover o controlo de ansiedade e proporcionar relaxamento a um grupo de utentes com perturbação Psiquiátrica.

Promover a interiorização da necessidade de autocontrolo e benefícios inerentes.

Duração:

50 Minutos

Local:

Sala de Dinâmicas ou de reuniões

Material:

Roupa confortável, música ambiente, colchões

Estrutura da sessão:

1ª Parte – Quebra-gelo (5 minutos)

2ª Parte - Estabelecimento de regras (5 minutos)

3ª Parte – Realização da dinâmica: Relaxamento muscular progressivo de Jacobson (35 minutos)

4ª Parte – Avaliação (5 minutos)

Avaliação da sessão:

A avaliação será qualitativa, através da observação do Enfermeiro e com a ajuda da escala visual analógica de faces. Será feita igualmente, através da partilha de sentimentos e das dificuldades sentidas.

Pertinência

As técnicas de relaxamento têm benefícios a nível físico e psicológico, objectivando benefícios terapêuticos. Ajudam a pessoa a desenvolver a capacidade para lidar, com os sintomas físicos, que contribuem para a ansiedade, de uma forma mais eficaz.

O objetivo destas técnicas prende-se com a redução dos estímulos e as percepções associadas ao sistema sensorial do corpo.

“ao trabalhar como Médico Fisiologista, na década de trinta, Jakobson investigou a reacção de susto que se segue a um ruído alto e repentino. Reparou que quando as pessoas são ensinadas a relaxar os músculos, não se assustam”. (Payne,2000. P.35)

Para Jacobson, a excitação e o relaxamento são fenómenos fisiologicamente opostos, não ocorrendo em simultâneo, sendo o relaxamento associado à calma psíquica.

A observação revela excelentes resultados no tratamento da tensão muscular, ansiedade, insónia, depressão, fadiga, intestino irritável, espasmos musculares, dores cervicais e lombares, hipertensão, fobias e gaguez. (Davis, Eshelman & Mckay,2008. Citados por Townsend, 2011. P. 231)

O simples facto de o individuo se encontrar internado, constitui-se um elemento gerador de *stress*. Daí a pertinência de desenvolver estratégias para aprender a lidar com elas, objectivando a sua redução ou controlo.

Fase 1- Quebra-gelo

- ✓ Aplicar escala de faces (Anexo I)
- ✓ Pede-se a todos os participantes que circulem no espaço circundante, com passos lentos, sem olhar para as outras pessoas.
- ✓ Estamos numa floresta, num dia de primavera.
- ✓ Olhamos para as árvores, afastamos os ramos para passar.
- ✓ Sentimos o cheiro das plantas. Inspiramos profundamente para sentir os aromas. Expiramos e inspiramos novamente (repetir 3 vezes).
- ✓ Ouvimos um enxame de abelhas que vem atrás de nós. Corremos para fugir delas.
- ✓ Chegámos ao topo de uma colina, com uma cascata onde nos vamos refrescar.
- ✓ Salpicamo-nos de água uns aos outros, saboreando a brincadeira.
- ✓ Sacudimos a água do cabelo, dos braços, das pernas e respiramos fundo, sentindo o sol a secar a nossa roupa (3vezes).

Fase 2- Estabelecimento das regras da Dinâmica

- ✓ Devem estar atentos e não conversar durante o exercício de relaxamento.
- ✓ Cada um deita-se num colchão sem tocar no outro, ou se preferir, ficar sentado
- ✓ De preferência, manter os olhos fechados
- ✓ Se não compreenderem alguma parte, não interrompem e seguem o passo seguinte
- ✓ Sentir a diferença entre tensão e relaxamento

Fase 3-Implementação da Dinâmica

- ✓ Devem deitar-se de forma confortável
- ✓ Assegurar-se de que não necessitam de ir à casa de banho
- ✓ Fechar os olhos e prestar somente atenção ao que digo
- ✓ Fazer 3 inspirações profundas
- ✓ Implementar plano de relaxamento progressivo (anexo II)

Fase 4-Avaliação da sessão

- ✓ Observação de reações (postura e respiração)
- ✓ Partilha de experiências e de sentimentos vividos
- ✓ Partilha de dificuldades sentidas
- ✓ Partilha de sugestões
- ✓ Aplicação da escala de faces

Bibliografia

Brandes, D.; Phillips,H. (1977). *Manual de jogos educativos*. Lisboa: Morais Editora

Guerra, M.; Lima,L. (2005). *Intervenção Psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Payne, A. (2003). *Técnicas de relaxamento: Um guia Prático para Profissionais de Saúde*. Loures: Lusociência.

Vitiello, N. (1997). *Manual de dinâmicas de grupo*. São Paulo: Iglu Editora

Yalom, I.D.; Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de Grupo: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.

Apêndice II

Estudo de Caso

Estudo de caso Perturbação Bipolar I

4º Curso de Mestrado em Enfermagem-Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Mental
e Psiquiátrica

Aluno: Maria Teresa Moreno Elias nº 4762
Enª Orientadora: Carla Tomado Carvalho
Docente: Dra. Lúcia D'Espiney

Lisboa, Dezembro de 2013



Objetivos

- ❖ Geral – Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em E.S.M.P.
- ❖ Específicos:
 - Treino de técnicas de colheita de dados
 - Estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem
 - Percecionar processos de adoecer mental
 - Estabelecer relação terapêutica

Pressupostos Teóricos

- ❖ Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, segundo a qual a relação Enfermeiro-Doente engloba 4 fases:
 - Orientação
 - Identificação
 - Exploração
 - Resolução

Pressupostos Teóricos

- ❖ Peplau conceptualiza o doente como parceiro no Processo de Enfermagem
- ❖ “A compreensão do significado da experiência para o doente é necessária para que a enfermagem funcione como força educadora.”

Peplau

Perturbação Bipolar I



Definição

- ❖ O Transtorno Bipolar Tipo I é um subtipo de transtorno Bipolar, antigamente designado por Psicose maníaco-depressiva.
- ❖ A Perturbação Bipolar I caracteriza-se essencialmente, pela presença de um ou mais episódios maníacos ou episódios mistos, sendo que, normalmente, estes indivíduos têm um ou mais episódios Depressivos Major.

Incidência

- Afeta mais de 30 milhões de pessoas em todo o mundo, e encontra-se entre as 20 principais causas de incapacidade.
- É tão comum em homens como em mulheres, mas o risco de desenvolver um transtorno bipolar é mais elevado nos jovens adultos, sendo que metade destes surge antes dos 25 anos de idade.

Problemática

- A OMS revelou que dois terços das pessoas com esta perturbação, sofriam igualmente de perturbações de humor e ansiedade, e mais de um terço tem problemas de abuso de substâncias.
- O suicídio, nos sujeitos com Perturbação Bipolar I varia entre 10 a 15%.

Problemática

- Como perturbações mentais associadas podem surgir:
Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Perturbação por Hiperactividade/Défice da atenção, Perturbação de Pânico, Fobia Social e Perturbações relacionadas com substâncias.

Sintomas

- ❖ Um estado emocional de excessiva felicidade ou excitação, é chamado de episódio maníaco e está associado a um aumento de energia e actividade. Estes, podem incluir exagerada auto-estima, comportamentos impulsivos e destemidos e diminuição da necessidade de sono.
- ❖ Estes episódios maníacos podem alternar com períodos prolongados de depressão, com diminuição do humor, da energia e da actividade.

Causas

- A causa é desconhecida, no entanto, existem fatores que influenciam ou precipitam o seu surgimento, entre os quais: história familiar deste transtorno, traumas, incidentes ou acontecimentos marcantes como mudanças, trocas de emprego, fim de casamento ou morte de pessoas significativas.



Identificação

Apresentação do caso

Identificação

- I.Q.
- Sexo Feminino
- Data de Nascimento 12/3/1989
- Naturalidade: Lisboa
- Nacionalidade: Portuguesa
- Estado civil: Solteira(reside com companheira há 2 anos)
- Profissão: Estudante
- Residência: Odivelas

Percurso Escolar



Percurso Escolar

- Estudou em colégios privados até ao 11º ano de escolaridade.
- No 12º ano, foi residir com o pai e foi para uma escola pública
- É licenciada em Antropologia, e neste momento encontra-se a fazer o Mestrado sobre Movimentos Sociais (Esperanto).

Ocupação de Tempos Livres



Ocupação de tempos livres

- Gosta de ler e ver televisão mas não dedica muito tempo a essas atividades.
- Praticou Pólo aquático de competição num clube em Sintra, mas neste momento não pratica nem gosta de nenhum desporto.
- Frequentou o Conservatório até ao 4º Grau, onde tocava guitarra. Hoje não toca, nem tem saudades de tocar.

Ocupação de Tempos Livres

- Ao fim de semana costuma sair com a sua namorada a um café pertencente a um grupo político, no qual está inserida.
- No seu dia-a-dia não gosta de estar sozinha, por isso a sua rotina é sair de manhã para o café, onde fica a estudar.

Alimentação

- É vegetariana há seis anos.
- Por pressão da mãe, tentou há pouco tempo passar para Vegan (podem comer ovos e leite), mas não tolerou.



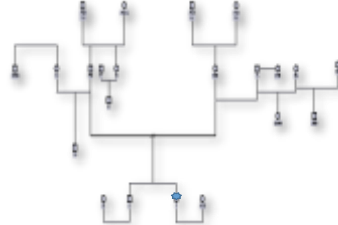
Orientação Sexual



- É homossexual, referindo que sempre soube que o era.
- Teve várias namoradas, mas também tentou relacionamento com alguns rapazes, não tendo resultado.
- É defensora do "poliamor"

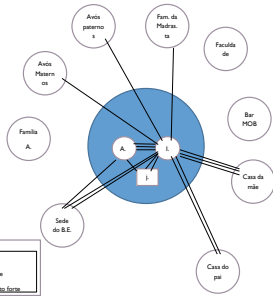
Ambiente Familiar

- Os pais estão divorciados desde os seus cinco anos de idade.
- Ficou a viver com a mãe e com o irmão
- Tem um irmão de 22 anos e um meio-irmão, por parte do Pai, com 11 anos.
- Reside há cerca de dois anos com a namorada e com um amigo.
- Mantém contato com toda a família.



Legenda:
 ● Solteiro
 ○ Casado
 ■ Divorciado
 ◆ Adotado
 * Quarta

Ecomapa



Legenda:
 — Relação
 — Relação forte
 — Relação muito forte

Antecedentes de Saúde



Antecedentes de Saúde

- Tinha otites recorrentes e foi operada aos adenóides, quando frequentava a escola primária.
- Das doenças de infância, só se recorda de ter tido papeira.
- Foi menstruada aos 12 anos.
- Não usa próteses.

Antecedentes de Saúde

- Refere ter asma brônquica, controlada com broncodilatadores em SOS (Symbicort).
- Hábitos tabágicos de + ou - 1 maço por dia.
- Ideação suicida aos 12 anos
- Tentativas de suicídio em 2009 e 2012
- Fobia de palcos e de falar em público

Antecedentes de Saúde

- Desde 2009 que é seguida no Núcleo de Estudos do Suicídio pela Dra. Nazaré e Dra. Ema. Medicada com escitalopran e seroquel.
- Internamento voluntário a 21/10/2013 por evolução de + ou - 3 semanas de humor mais triste, com predominância matinal, diminuição da vitalidade e falta de energia, anedonia, diminuição do autocuidado, clinofilia, diminuição do apetite, diminuição da capacidade de concentração, sensação de desespero e ideação suicida.

Diagnóstico atual

- Perturbação afectiva bipolar tipo I – Traços de Personalidade de Cluster B.

Avaliação de Enfermagem Exame do estado mental

Aspecto e atitude

- Aspecto cuidado, palidez acentuada da pele e emagrecimento. Sem alterações motoras.
- Idade aparente inferior à idade real.
- Apresenta tatuagem na face interna do pulso esquerdo, que, segundo a doente, é o símbolo de "poliamor".
- Contato não sintónico. Postura rígida.
- Dificuldade em manter o contacto visual.
- Postura de defesa e tremor permanente das mãos.

Avaliação de Enfermagem

Discurso e linguagem

- Discurso fluente com boa articulação e uso correto de vocabulário.
- Tom de voz baixo mas com ritmo acelerado e voz trémula.

Humor e afecto

- Humor eufónico. Afecto embotado. Postura de defesa.

Avaliação de Enfermagem

Percepção

- Boa capacidade de percepção, do momento e do mundo que a rodeia.

Pensamento

- Dificuldade em falar em público. Sente estar permanentemente a ser avaliada.
- Mantém ideias suicidas, como fuga à realidade.

Avaliação de Enfermagem

Conteúdo

- Desesperança em relação às suas capacidades. Fobia de palcos, de apresentações públicas.

Cognição

- Raciocínio mantido. Capacidade de memorização mantida. Diminuição da concentração.

Avaliação de Enfermagem

Consciência e orientação

- Consciente e desperta. Orientada no tempo e espaço.

Insight e Juízo Crítico

- Insight e crítica, mantidos.

Diagnósticos de Enfermagem

- Para o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem foi utilizada a taxonomia CIPE pela pertinência de englobar as intervenções e diagnósticos relacionados com a nossa prática de cuidar, a qual não é muitas vezes valorizada.
- Esta Classificação engloba o conhecimento técnico, teórico, experiencial e resultados esperados, pelo Enfermeiro, no sentido de promover a qualidade de vida da pessoa, através de uma personalização de cuidados e prescrições autónomas.

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Ansiedade

- Estabelecer relação de ajuda
- Disponibilizar presença
- Identificar objectos e situações promotoras de segurança
- Técnicas de relaxamento

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Apetite Diminuído

- Assistir no autocuidado
- Aconselhar sobre alimentação saudável
- Garantir dieta da doente (vegetariana)

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Auto-estima diminuída em grau moderado

- Promover a socialização
- Promover participação em técnicas psicoterapêuticas que promovam a auto-estima.
- Incentivar o humor

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Baixo risco de tentativa de suicídio

- Garantir segurança.
- Indagar acerca de existência de plano.

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Adaptação prejudicada

- Disponibilizar apoio
- Implementação de terapia por reminiscência
- Promover terapia recreacional
- Promover auto-percepção positiva

Intervenções do enfermeiro

Entrevistas à doente

- ❖ Foram realizadas 3 entrevistas, com o objetivo de:
- ✓ estabelecer relação,
- ✓ colher dados da sua história pessoal, familiar e de saúde
- ✓ promover relação de ajuda

Intervenções do Enfermeiro

Entrevista à mãe

- A mãe focalizou-se mais na parte da dieta da I. e mostrou algum ceticismo em relação ao estabelecimento diagnóstico.
- Centrou-se essencialmente na infância da I. e atribuiu a sua alteração de comportamento sempre a fatores extrínsecos, nomeadamente a más companhias e influência de terceiros.
- Ansiedade da Inês
- Foram esclarecidas dúvidas acerca da dieta

Intervenções do Enfermeiro

Entrevista à namorada

- Postura defensiva e evitante em relação à Equipa e aos outros utentes.
- Postura muito dominante em relação à I. Ex: "Zanguei-me com ela porque tinha planeado ir à discoteca e ela não quis."
- "Ela não precisa de carta de condução porque eu conduzo."
- "Aqui o comportamento dela é normal, fala com os outros e com os nossos amigos não."
- Realizado ensaio em relação à importância da adesão terapêutica, em relação aos sintomas da depressão e importância de valorização de sintomas.
- No final, senti que a sua postura foi mais flexível em relação à Equipa e em relação ao tipo de apoio que a I. necessita.

Intervenções do Enfermeiro

Técnica do Percurso de vida

- Esta técnica teve como objetivo levar a doente a reviver e transmitir-nos um pouco do seu percurso de vida, proporcionando o identificar de situações traumáticas por si experienciadas, através de uma técnica de reminiscência.

Intervenções do Enfermeiro

Participação em Técnica de Relaxamento

- A técnica foi preferida por si em relação à visita de família e namorada que decorria nesse mesmo momento.
- Revelou capacidade de concentração
- Ela própria revelou a sua opinião sobre a música escolhida para o relaxamento.
- Não conseguiu relaxar bem, tendo associado o facto à música.
- Esta sessão proporcionou a abordagem sobre a importância de promovermos espaços para relaxarmos, além da possibilidade de o realizar de forma autónoma, sendo um recurso do qual dispomos para controle da ansiedade.



Alta Clínica

- ♦ Teve alta a 8/11/2013, encaminhada para a Consulta Externa a 19/11/2013 com a Dra. Nazaré Santos.
- ♦ Mãe foi no dia 7/11/2013 ao Serviço para esclarecimento sobre a terapêutica.
- ♦ A I. não aceitou o aumento da Quetiapina para 500 mg/dia e assumiu a responsabilidade de reportar alterações sentidas aos profissionais.
- ♦ Terapêutica para ambulatório:
 - - Escitalopram 20 mg ao peq. Almoço
 - - Quetiapina 400 mg ao jantar
 - - Omeprazole 20 mg em jejum
 - - Diazepam 5 mg em SOS até 2X dia

Intervenções do Enfermeiro

Observação/ Acompanha mento nas refeições

- Revelou alguma anorexia mas ingeria a maior parte da refeição. A dieta veio adaptada desde o primeiro dia (vegetariana)
- Não apresenta postura correta quando sentada à mesa (por vezes comia sentada em cima de uma perna, ou a mexer no cabelo) e ingere a refeição muito rapidamente.
- Foi frisada a importância de uma boa mastigação e da socialização durante a refeição.

Limitações do Estudo

- A I. revelou-se uma pessoa esquiwa, evitando contactos e exposição pessoal.
- Frequentemente se deslocava para a sala de fumo, onde se mostrava desinibida a conversar com outros utentes.
- Facilmente aceitava convites para ir ao café ou conversar, não permanecendo muito tempo sozinha.
- A namorada estava muito presente e tinha uma postura de protecção para com a I.
- A família era igualmente muito presente, usufruindo de todos os espaços de visita.
- O internamento foi curto, e contemplou uma ida a casa de fim-de-semana.
- As rotinas implementadas no Serviço, a falta de privacidade nos turnos da manhã, com interrupções involuntárias, foram igualmente limitantes.
- A minha falta de experiência e insegurança no Serviço ditaram algumas falhas na colheita de dados.

Bibliografia

- Amaral, A. (2010). *Princípios de Enfermagem em Saúde Mental moderna e CPE*. Loures: Lusociência.
- Bourguet, M. et al (2001). *Awdéris, o olho prateado e a psicopatologia*. Lisboa: Climep Editores.
- Chaffour, J. (2002). *A Intervenção Terapêutica. Volume 3. Estratégias de intervenção*. Comares Lusobooks.
- Goffman, E. (1975). *Enigma Nôco sobre a manipulação da identidade desviada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Nash, K. (1997). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, A. et al (2006). *Comportamentos Socióclínicos em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Sociobiologia.
- *Ordem das Enfermeiras (2010). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem das Enfermeiras.
- Payne, R. (2002). *Técnicas de Reducação: Um guia prático para profissionais de saúde*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Soares, C., Silva, J. (2010). *Os Desafios da Intervenção em Saúde Mental*. (v.1). Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Tóomey, A., Allgood, J.M. (2004). *Técnicas de Enfermagem e a sua obra*. (Módulos e teorias de Enfermagem). 3ª Edição. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.
- Tragaçua, P., Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climep Editores.
- <http://www.lusobooks.com/br/livros-tematicos/livros/psiquiatria/psiquiatria-geral-1>

Apêndice III

Diários de aprendizagem

Primeiro Diário de Aprendizagem
(Transferência e contratransferência)
Serviço de internamento de psiquiatria

Na segunda semana de estágio, um utente com cerca de 60 anos, apresentava edema acentuado dos membros inferiores.

Foi realizado ensino devido à necessidade de hidratação e repouso, com elevação dos membros inferiores.

Além da doença Psiquiátrica, este utente era diabético insulínico dependente, pelo que corria riscos acrescidos de compromisso vascular, e foi igualmente elucidado sobre este risco, por outros elementos da equipa de Enfermagem.

Para o incentivar a fazer elevação dos membros inferiores, e igualmente para melhorar a redução do edema, perguntei-lhe se queria que lhe fizesse uma massagem nos pés, ao que ele respondeu prontamente que sim.

Acordei com ele, fazer a referida massagem após o lanche, para permitir que pudesse permanecer algum tempo em repouso. No entanto, ficou algo ansioso na expectativa de receber a massagem, revelando uma permanente inquietação pois de 10 em 10 minutos vinha lembrar-me, para não me esquecer da massagem.

Após o lanche veio novamente ter comigo, e desta vez dirigi-me com ele para a sua sala.

Ele próprio, elevou a parte inferior da cama e deitou-se.

Com creme hidratante, fiz-lhe uma massagem para facilitar o retorno venoso. Ele mantinha-se verborreico e com discurso acelerado, como era sua característica. Disse-lhe para respirar fundo, fechar os olhos e descontraí-lo, a fim de sentir o momento e relaxar.

Ele fechou os olhos, mas começou a chorar, dizendo:

A.- *“Obrigado Enfermeira Teresa. Eu vou recompensá-la por isto!”*

Eu.- *“Não estou a fazer isto para me agradecer Sr. A., só quero que fique melhor e se sinta bem”.*

A.- *“Não me faça isso Enfermeira Teresa! pela memória da minha antiga namorada Maria José que era tão parecida consigo”.*

Percebi que estava perante um episódio de “transferência”.

Para o acalmar disse a sorrir: “ *Está bem Sr. A. quando tiver alta, paga-me um café.*” Ele concordou e ficou mais calmo.

Continuei a massagem e ele continuou a falar da sua antiga namorada, dizendo que quando ela o deixou ele se tentou suicidar espetando uma faca no abdómen. De facto ele apresentava uma cicatriz, mas questionei-me se teria sido mesmo essa a causa.

Senti pena dele, pelo sofrimento que revelava e pela emoção com que se expressava.

Temi ter despoletado esta situação de ansiedade, pois ele já me tinha dito várias vezes que eu lhe fazia lembrar uma antiga namorada.

Não tive qualquer medo ou receio pela minha integridade física, pois não era um doente agressivo e era educado e respeitador.

Na altura fiquei com curiosidade em saber mais sobre a sua história de vida, mas receei que as recordações lhe trouxessem mais sofrimento.

Apetecia-me dar-lhe um abraço de consolo, como fazemos com familiares, com amigos e como faço com doentes hematológicos, no meu Serviço.

No entanto não o fiz, na dúvida se iria alimentar falsas percepções ou expectativas, sentido um pouco de angústia por estar a ir contra a minha natureza.

A verdade é que não queria agravar a situação aumentando o seu sofrimento.

Quando terminei a massagem, disse-lhe para ficar mais um pouco em repouso, e ele ficou. Nesta altura já estava mais calmo.

Seguidamente, relatei o sucedido à Enfermeira que orienta o meu estágio. Ela ouviu atentamente, confirmou que se tratava de um fenómeno de transferência e perguntou-me o que tinha sentido; se me tinha sentido mal, se tinha sentido pena do doente, se me tinha sentido bem ao ser identificada com alguém de quem o doente gostava?

Disse-lhe que não me tinha sentido nem muito bem nem muito mal, mas não tivemos oportunidade de conversar mais sobre este episódio, devido a muitas solicitações de outros doentes nesse momento.

No final deste dia fui pesquisar sobre fenómenos de transferência e contratransferência em Psiquiatria.

Tal como todos os episódios na nossa vida, também este serviu para o meu crescimento pessoal e profissional, pois estas situações colocam-nos à prova, fazem-nos refletir e permanecem na nossa memória.

Senti-me bem por ter mantido o meu bem estar e por ter conseguido “controlar” a situação sem que o doente ficasse muito agitado ou em grande sofrimento.

Para mim foi um elemento facilitador, o facto de ser um doente calmo e respeitador nas suas atitudes, caso contrário não sei se sentiria receio pela minha integridade física, mas confesso que na altura não me ocorreram estes pensamentos, surgindo somente agora em período reflexivo.

Este episódio de transferência fez-me pensar o quão marcante e significativa foi para si, a relação com aquela namorada, a ponto de, após quarenta anos ainda despertar estes sentimentos de angústia, tristeza e nostalgia.

Cada doente não é de todo um simples sintoma ou diagnóstico. Cada doente é acima de tudo uma pessoa, com as suas dificuldades, os seus receios, as suas angústias mas também com as suas memórias, a sua história de vida, as suas experiências.

A sua sintomatologia, o seu diagnóstico médico, o seu internamento incutem-lhe marcas invisíveis e visíveis, causando-lhe sentimentos de rejeição e discriminação o que os leva a sentirem-se um fardo, ou um ser não pertencente a este mundo real, com o qual perdem a identidade.

O Enfermeiro deve ser capaz de aceitar e compreender a pessoa em sofrimento, o que não quer dizer que seja submisso ou concordante com tudo, o que seria uma atitude contranatura.

As nossas reacções e comportamentos devem ser, acima de tudo, humanas e de objetivo construtivo e terapêutico perante uma realidade que pode estar alterada. Não de devem ter reacções de rejeição nem de punição, como se estivéssemos num patamar de superioridade.

O cuidado de enfermagem depende do entendimento do comportamento do doente e, do modo como como ele agiu e reagiu e não, ser condicionado pelo modo que ele pode agir ou reagir.

Em certas situações, o evitamento pode revelar alguma fragilidade por parte do profissional.

Uma reacção de transferência não deve ser ignorada pelo Enfermeiro. Não deve igualmente ser hostil nem dependente.

Os profissionais são passíveis de frequentes situações de transferência, pela confusão de sentimentos e necessidade de carinho e segurança por parte da pessoa doente e em sofrimento.

Segundo Espinosa (1998,2000) existem três tipos de contratransferência:

- Reacções de amor ou preocupações intensas,
- Reacções de hostilidade ou aversão,
- Reacções de ansiedade intensa.

Este tipo de reacções variam de situação para situação. É necessário ter sempre presente o objetivo da nossa relação com a pessoa, sob o risco de não ser uma relação terapêutica.

Segundo o mesmo autor atrás referido, a transgressão de limites é um impasse terapêutico que pode ser criado pelo enfermeiro, se este sair dos limites do relacionamento terapêutico e estabelecer um relacionamento social, comercial ou pessoal com o doente.

Miranda e Furegato (2011), atestam que;

“ O longo tempo de permanência nas Instituições, a proximidade dos corpos das pessoas que nelas trabalham, e a relação dominação-submissão nas relações profissionais, despertam fantasias que o Enfermeiro enfrenta, durante o exercício profissional”. (p. 211)

O Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, deve ser detentor de perícia que permita lidar com estas situações de uma forma natural e não estigmatizante.

Saliento a competência:

F1.1.2- “Gere os fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica.”

Nesta situação, a minha provável semelhança física com a ex. namorada deste senhor fez-lhe reavivar a memória de uma situação que para si foi traumática e que nunca foi resolvida.

Penso que, na sua fantasia, o facto de eu lhe estar a proporcionar um momento de bem-estar, ultrapassava os limites do terapêutico.

Perguntei-me a mim mesma se deveria ter evitado o momento em que disse para fechar os olhos e saborear a massagem.

Penso que todos têm direito a momentos de bem-estar e prazer. A realidade é que esses momentos são raros para algumas pessoas, tão raros que são associados a momentos únicos na nossa vida, principalmente momentos associados à nossa sexualidade, o que aconteceu provavelmente neste caso.

Por esta razão penso que não agi erradamente, simplesmente devo manter a minha postura e mostrar que não proporciono massagens só a uma pessoa mas sim a várias, principalmente a quem mais necessite na altura.

Neste momento, sinto-me mais confiante e preparada em relação a este tipo de fenómenos, pois a experiência fez-me crescer.

Quando aceitei que me pagasse um café, penso que não estive bem, pois pode ter sido entendido como um relacionamento, que não da esfera terapêutica mas sim pessoal.

Esta situação, para mim foi de crescimento pessoal e profissional e fez-me sentir a realidade de um facto que, apesar de estar descrito na teoria, se torna sempre único para nós.

Não devemos temer os nossos sentimentos, pois sem eles nunca poderemos cuidar com humanidade. A relação empática não é unilateral mas deve ter presente certos limites da relação, a fim de não contra terapêutica, mesmo que tal seja sem intenção.

Quando prestamos cuidados devemos conhecer a pessoa e a sua história, pois cada caso é um caso, e é esta particularidade e unicidade da pessoa que torna o nosso cuidar tão único e apaixonante.

A nossa reacção não deve ser igualmente de pena nem de infantilização pois não respeita a dignidade da pessoa com a sua personalidade e a sua identidade, com a particularidade de estar em sofrimento mental e físico.

Bibliografia

Miranda,F.; Furegato,A.(2011). Revista Latino Americana de Enfermagem. Acedido a 8 de Novembro de 2013 em www.eerp.usp.br/rlaenf

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (2010). Ordem dos Enfermeiros.

Segundo Diário de Aprendizagem
(Acompanhamento de uma utente a Fórum Socio ocupacional)

Unidade de projeto

Esta visita foi muito importante para mim e, constituiu-se um marco no meu processo de aprendizagem e no meu percurso pessoal e profissional.

Uma utente com cerca de 30 anos, estava na Unidade de Projeto há cerca de três meses, tempo este que é estabelecido, mais ou menos, como a duração limite de permanência nesta unidade.

O seu percurso teve evolução positiva e, permitiu a aquisição de uma maior autonomia e menor dependência dos profissionais de saúde, nomeadamente no que respeita a adesão terapêutica, cumprimento de horários e cuidado pessoal.

Esta utente tinha o 12º ano completo na Área de Científico-naturais, revelando ser uma pessoa com capacidades de aprendizagem.

O seu projeto, tinha por base conseguir arranjar emprego e adquirir a sua autonomia pessoal, visto morar só com a mãe, a qual nunca saía de casa e tinha um “domínio” sobre a sua filha, essencialmente no aspeto monetário.

Havia uma “obstrução” de socialização, pois os relacionamentos e laços não existiam, além de não terem familiares próximos com quem se relacionassem.

Tanto a mãe como a filha eram seguidas na Consulta de Psiquiatria por história de depressão.

A S. era uma pessoa dócil, educada, dedicada e com uma enorme carência de “viver a vida”.

Tinha um olhar vago e sempre triste, mantendo preferencialmente os olhos baixos, evitando cruzar o olhar com as outras pessoas, inclusive quando mantinha um diálogo.

A visita efectuada foi ao Fórum Socio-ocupacional de Alcântara, onde existem várias atividades para desenvolver competências pessoais e sociais além de existir articulação com Institutos de Formação Profissional.

O objetivo era facilitar a entrada no mercado de trabalho.

A atenção prestada pela S. revelava a sua vontade de mudar de vida e adquirir a sua independência.

Esta visita foi precedida de um trabalho e contacto prévios, de modo que quando a S. foi recebida já existia um conhecimento da sua situação e uma resposta para dar, de modo a proporcionar esperança e encaminhamento.

Este tipo de trabalho de articulação, visando a reintegração do doente mental, é fundamental no processo de cuidado/tratamento.

O acompanhamento desta doente foi feito pela Enfermeira desta Unidade de Projeto, a qual era a sua técnica de referência na Unidade de Projeto.

Senti-me reconfortada por, esta doente que não manifestava muito o seu afeto e era uma pessoa muito retraída, neste dia ter expressado várias vezes alegria e gratidão. Quando a entrevista terminou, dei-lhe os parabéns, por ter vaga naquela Unidade. Ela, automaticamente, aproximou-se de mim e recebeu o meu abraço com um sorriso.

A enfermeira de referência explicou-lhe que este era mais um “degrau” que ela tinha subido neste processo complexo.

Para a S., este dia foi um importante marco na sua história de vida.

Vivenciei um sentimento de compaixão quando ela verbalizou o receio que mantinha, relativamente à possibilidade de a sua mãe não querer financiar este projeto, o qual tem de ser participado monetariamente com uma percentagem dos rendimentos familiares.

Os profissionais, que já estavam despertos para este problema, apoiaram-na e disponibilizaram-se para ir falar com a sua mãe, se necessário. Senti uma grande pertinência e disponibilidade no apoio a esta pessoa carente, que apesar dos recursos que possuía precisava deste incentivo e “ombro”.

Questionei-me como estaria ela, se não fosse o apoio da Unidade de Projeto?

Questionei-me sobre a forma como podemos ajudar quem sofre de uma forma, não somente física mas também psicológica e social.

Fui levada várias vezes a viajar na sua realidade, tentando colocar-me no seu lugar e sentindo como por vezes é difícil contornar duras realidades de solidão, falta de apoio e “obstrução” de vida.

De facto, existem dificuldades e entraves que não facilitam o processo de recuperação de muitas pessoas, tornando-se por vezes “cavalos de batalha” para os profissionais, que trabalham muitas vezes com difíceis problemáticas difíceis de resolver.

“...boas redes de apoio social e um relacionamento estreito e de confiança com os outros proporcionam alguma protecção contra perturbações psiquiátricas após acontecimentos de vida adversos.” (Gill e Barraclough, 1997. P.14)

Grande dificuldade reside no facto da carência deste apoio principalmente familiar.

No entanto, são estes desafios que se constituem um dos nossos principais palcos de atuação, dos quais somos atores principais, lado a lado com quem precisa de nós, do nosso apoio, do nosso estímulo.

Senti que a S. era uma pessoa com um enorme potencial, o qual estava “enclausurado” dentro de um corpo de uma pessoa frágil, mas limitada pela doença e condicionantes familiares e sociais.

Continuo a sentir que o Enfermeiro desempenha um papel primordial, rico e pleno de intenção, que no entanto se esfuma no tempo, pelo facto de não ser registado ou dado a conhecer.

Todo o apoio, ensino, amizade e orientação que foram prestados pela Enfermeira, foram de intenção terapêutica e com resultados observáveis, inclusive a curto prazo. No entanto, eu fui a única testemunha externa que o senti e estou aqui a registar.

Actividades autónomas de Enfermagem, feitas com sabedoria e conhecimento, e que não perdurarão no tempo, nem servirão de aprendizagem para ninguém.

Questionei-me várias vezes, onde estaria a S. naquele momento se não fosse a existência desta Unidade de Projeto?

Que seria de nós e das nossas vidas se cada um de nós não tivesse igualmente um projeto de vida?

Que seria dos nossos filhos se não tivessem quem os orientasse nos seus projetos de vida?

Que seria feito da Sociedade sem os projetos pessoais que promovem o desenvolvimento da mesma e a estabilidade de cada um e da família?

Como sobreviveria a Sociedade se, ao invés, se continuasse a estigmatizar e a desvalorizar os mais frágeis, anulando as suas capacidades e valor pessoal?

A inserção na Sociedade é difícil, nomeadamente para alguém que carrega o peso de uma doença do foro psiquiátrico. No entanto, inúmeras capacidades se encontram encerradas nestas pessoas carentes de nós.

É esta abordagem que faz de nós Profissionais privilegiados na Sociedade. É este conhecimento que nos torna mais Humanos e capacitados para cuidar os nossos semelhantes, não descurando a importância e necessidade de articulação com outros profissionais e família, pois só em equipa é viável o sucesso.

Os casos de sucesso alimentam o nosso dia-a-dia e as inúmeras dificuldades a ultrapassar, pelo que devem ser partilhados para dar alento nas alturas de mais difícil resolução.

“ Travelbee (1971), que expandiu a teoria de Peplau das relações interpessoais em enfermagem, afirmou que uma relação apenas é possível quando cada indivíduo que faz parte da interacção vê o outro como um ser humano único.” (Townsend, 2011.p.122)

Esta experiência deu-me alento para a minha vida profissional e fez-me ficar orgulhosa do trabalho realizado, em grande parte, por uma Enfermeira. Neste dia senti como tantas vezes não é valorizado o trabalho de bastidor, sem o qual é impossível sucesso no cuidar.

Bibliografia

Bueno, J.; Berjano, E.; Gracia, E.; Musito, G. (s.d.). *Intervencion Psicosocial. Programas y experiencias*. Madrid: editorial popular, s.a.

Gill, D.; Barraclough, J. (1997). *Bases da Psiquiatria Moderna*. Coimbra: Climepsi Editores.

Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.

Terceiro Diário de Aprendizagem
(Desgaste do Cuidador do Doente Mental)

Estágio Comunitário

A realidade, que tenho verificado, através de observação direta, é que todos os cuidadores apresentam um nível maior ou menor de ansiedade, tristeza, cansaço e, por vezes, síndrome depressivo.

Houve uma situação em particular que me fez pensar e refletir, até que ponto o cuidador não necessita, por vezes, de mais apoio do que o próprio doente. Passo a relatar uma situação como exemplo.

Um utente, com cerca de 20 anos, foi à consulta de Enfermagem, para realizar terapêutica Depot, na companhia da sua mãe, a qual tinha cerca de 70 anos.

A mãe encontrava-se ansiosa, agitada e com olhar triste.

A enfermeira perguntou a ambos como é que se sentiam e como tinha passado o doente, desde o mês anterior.

Para me contextualizar, a enfermeira explicou-me, com a permissão de ambos, um pouco daquela história de vida.

A senhora era casada e não podia ter filhos, razão pela qual adoptou aquele filho, o qual lhe foi entregue por uma Instituição, através de uma adopção legal.

Mais tarde, descobriu que ele era surdo-mudo, facto este que lhe tinha sido omisso, ou não estava identificado.

Posteriormente, revelou-se a doença mental (Esquizofrenia).

O utente encontrava-se muito sonolento, mas compreendia o que dizíamos, através da leitura dos lábios, quando olhava para nós.

A mãe disse que ele continuava muito agressivo, e estava muito fragilizada, pelo medo permanente que sentia em relação à sua própria integridade física, assim como a do seu marido.

Disse que precisava urgentemente de arranjar um local, para ele se ocupar durante todo o dia, pois a única ocupação era a frequência de uma escola de linguagem gestual em Lisboa, que só lhe ocupava cerca de uma hora por dia.

Começou a chorar compulsivamente dizendo que não aguentava mais, pois ainda nessa semana ele tinha agredido o pai e tinha-lhe partido a cabeça, por este não lhe comprar uma consola de jogos nova (quando afinal já tinha três).

O utente já tinha sido detido anteriormente por agredir a mãe, a qual lhe pagou a caução para ele não ir a julgamento.

O sofrimento desta pessoa era tal que, chegou a dizer: *“Eu só o adoptei para lhe fazer bem. Nunca pensei em “devolvê-lo”, lá porque me enganaram.”*

O filho era agressivo e muito exigente, não aceitando nunca um não como resposta, razão pela qual lhe faziam muitas vontades, (para se protegerem).

Não tinha uma única faca em casa porque eram armas fáceis, e já tinham sido ameaçados muitas vezes.

A família e os amigos afastaram-se, não tendo ninguém a quem recorrer para desabafar, pedir auxílio ou simplesmente organizar momentos de distração e descontração.

Enquanto ia relatando a sua realidade, ia chorando continuamente e dizia: *“Eu que podia ter uma vida tão boa!”*

O utente começava a ficar agitado e com olhar agressivo para a mãe, razão pela qual, foi oferecida ajuda e apoio à mãe, sugerindo-lhe que ela própria consultasse um Técnico de Saúde para a ajudar. Foi igualmente encaminhada para a Assistente Social, a fim de tentar procurar uma Instituição que proporcionasse acompanhamento diário a este jovem.

Durante este tempo questionei-me: “ Afinal quem é que está doente?!”

Senti como estas situações são completamente destrutivas para uma família, e principalmente para os cuidadores. A Enfermeira, foi muita atenta e compreensiva, tento disponibilizado ajuda e presença, realizado ensino e encaminhando.

Senti que a fragilidade da mãe fazia o utente sentir-se poderoso, reforçando a ameaça e a agressividade.

“Dado que cuidar envolve um conjunto de atividades que podem influenciar a qualidade de vida do cuidador informal, estas podem ser co-responsáveis e potenciar alterações positivas e negativas.” (2012,Vilela, L. P.30)

Esta familiar cuidadora, estava visivelmente em desgaste, vivendo uma sensação de terror e impotência.

Estava a necessitar de um auxílio e apoio, visando um apoio emocional mas também, uma ação educativa que lhe facultasse estratégias de atuação mais eficazes.

“...os recursos das Unidades de Saúde são finitos e encerram em si muitas limitações, mas cabe por missão a essas Unidades e aos seus profissionais, o auxílio ao doente mental e consequentemente o trabalho em parceria com o cuidador informal” (2012,Vilela,L. P. 79)

Esta mãe, apesar de todo o sofrimento, continuava a sua missão de cuidadora, da melhor forma que conseguia e sabia, revelando a sua preocupação em relação à continuidade deste apoio ao filho, quando eles (pais) estivessem impossibilitados ou quando morressem. Esta é uma das grandes preocupações dos cuidadores, pois compreendem, melhor que ninguém, como é uma missão dolorosa que nem todos suportam.

Segundo Brito (2002), a área da Saúde Mental é aquela em que se nota mais desgaste do cuidador familiar, apresentando níveis de ansiedade e depressão, superiores aos da população em geral, devido sobretudo ao isolamento social e ao *stress* frequente com que vivem.

O profissional de Saúde, nomeadamente o Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, deve estar desperto para estas realidades, como o esteve esta Enfermeira, a qual foi sensível a esta situação dolorosa que pode levar a um estado mais degradante para esta família, além de todo o sofrimento que já está a imputar.

A articulação entre profissionais é fundamental, pois são vários os campos e níveis de atuação.

De facto, quando cuidamos uma pessoa em sofrimento mental, não podemos esquecer o quão desgastante é este sofrimento tanto para o próprio como para quem gosta de si, para quem o cuida e para quem convive com o seu sofrimento, necessitando de ajuda o mais precocemente possível, evitando o seu desgaste profundo e surgimento de sofrimento patológico.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental:

“No que respeita à sua participação no tratamento das pessoas com doença mental, as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos

problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.”

Esta foi mais uma experiência marcante, a qual me proporcionou aprendizagem e reflexão inerente, potenciando o meu empenho em desenvolver competências para ajudar estas pessoas em sofrimento.

Bibliografia

Brito,L. (2002). *A saúde mental do prestador de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa

Vilela,L. (2012). *Qualidade de vida dos cuidadores informais do doente mental*.

Instituto Politécnico de Viseu. Dissertação de Mestrado. Acedido *online* a 1/2/2014.

Apêndice IV

Sessão de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico

“A minha viagem”

Sessão de âmbito Psicoterapêutico e Socioterapêutico

Título:

“A minha viagem”

Objetivos:

Fomentar sentimentos de partilha e solidariedade, desenvolver o espírito de grupo, facilitar a expressão de ideias e sentimentos, além da reflexão sobre a importância de respeitar a autonomia e segurança do outro.

Duração:

60 Minutos

Local:

Sala de refeições do Serviço de Psiquiatria.

Material:

Folhas de papel, canetas e um saco ou mala.

Estrutura da sessão:

1ª Parte – Quebra-gelo (10 minutos)

2ª Parte – Estabelecimento das regras da dinâmica (5 minutos)

3ª Parte - Realização da dinâmica (30 minutos)

4ª Parte – Avaliação/Partilha de sentimentos

Pertinência

Reunir-se em grupo é uma característica essencial dos seres humanos, o que ocorre nas mais diversas atividades.

Nos grupos funcionais, desenvolvem-se habilidades interpessoais, de desempenho de papéis e sentimentos de participação colectiva que levam a resolução de problemas.

O comportamento individual é muitas vezes condicionado pelos grupos. Deste modo, o grupo pode ser orientado para obter dos seus membros, as mudanças desejáveis.

No contexto de saúde mental, a Psicoterapia, é uma das metodologias de rentabilização do dispositivo grupal.

As intervenções em grupo encerram inúmeras potencialidades, tais como a expressão de sentimentos, promoção de competências pessoais e sociais, melhoria do espírito de interajuda.

Yalom & Leszcz (2006) defendem que a terapia de grupo diverge da individual, no sentido de promoção da esperança, universalidade, partilha de informações, maior altruísmo, aprendizagem de técnicas de socialização, coesão grupal, catarse, aprendizagem interpessoal e resignificação correctiva de experiências.

Na Psicoterapia de grupo é promovida a interacção entre os doentes e entre terapeuta-doentes. O terapeuta é membro integrante do grupo e deve usar as suas capacidades empáticas, expressivas e criativas sempre com objetivo terapêutico.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, deve ter um papel interventivo no tratamento e reabilitação Psicossocial da pessoa com patologia ou perturbação mental, mobilizando-se a si como importante instrumento terapêutico.

Esta sessão é destinada a doentes em regime de internamento, cujos objetivos de vida, autonomia e prazer foram interrompidos, sendo igualmente sujeitos a uma nova socialização.

Bibliografia

Brandes, D.; Phillips, H. (1977). *Manual de jogos educativos*. Lisboa: Moraes Editora

Guerra, M.; Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Vitiello, N. (1997). *Manual de dinâmicas de grupo*. São Paulo: Iglu Editora

Yalom, I. D.; Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia*

Implementação da Sessão

1ª Fase-Quebra-gelo

Duração: 10 minutos

- ✓ Apresentação de todos os participantes, dizendo o nome pelo qual gostam de ser tratados.
- ✓ Pede-se a todos para circularem pela sala, sem falar e sem se tocar.
- ✓ Pede-se que dêem passadas grandes, como se fossem gigantes.
- ✓ Seguidamente, pede-se que dêem passadas pequenas como se fossem bebês.
- ✓ Depois passadas lentas, como se fossem muito velhinhos.
- ✓ Por fim passadas aceleradas, como se estivessem numa maratona.
- ✓ Param todos e dispõem-se em círculo. Fazem três inspirações e expirações profundas.
- ✓ Sentam-se em cadeiras, à volta de uma mesa.

2ª Fase- Estabelecimento das regras da Dinâmica

Duração: 5 minutos

- ✓ Devem estar atentos ao exercício
- ✓ Não podem interromper o outro
- ✓ Devem ser sinceros na avaliação
- ✓ Podem interromper a sessão se se estiverem a sentir mal, comunicando-o ao enfermeiro, que será o moderador (imaginando ser o piloto do avião no qual vão de viagem)

3ª Fase-Implementação da Dinâmica

Duração: 30 minutos

- ✓ Coloca-se uma caixa no centro da mesa, a qual representa a nossa mala de viagem.
- ✓ Vamos imaginar que vamos realizar a nossa viagem de sonho. A viagem que finalmente vão conseguir realizar.
- ✓ Cada um só pode levar um objecto nesta mala, segundo regra do piloto. Vão pensar naquilo que para vocês é indispensável e vão escrevê-lo num papel.
- ✓ Alternadamente, quem quiser lê o que escreveu e explica porque é que fez essa escolha.
- ✓ O resto dos passageiros só se pode pronunciar se sentir a sua segurança ameaçada pelo objecto, e justifica a razão.
- ✓ O grupo decide se o passageiro pode levar aquele objecto ou não, dando a oportunidade de o trocar por outro.
- ✓ Só pode falar um de cada vez, após autorização do piloto (moderador).
- ✓ No final faz-se o resumo de todo o conteúdo da mala e faz-se a avaliação da sessão pela partilha verbal.

4ª Fase-Avaliação

Esta Sessão decorreu no dia 11 de Novembro, na sala de Dinâmicas do Serviço.

Realizei a sessão com a colaboração e supervisão da Enfermeira A. Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, devido à ausência da Enf. Orientadora do meu estágio.

Divulgámos que a sessão iria ter início às 12 horas e vários doentes, se mostraram interessados em participar.

No entanto, por insistência de algumas doentes da Ala 1, foi organizado, por uma Enfermeira e Auxiliar, um grupo para irem ao café.

Nesse momento alguns sentiram-se divididos sobre a opção a tomar, e outros estavam decididos a ir ao café.

Ficaram 6 doentes a participar na sessão, e alguns não participaram nem numa actividade nem noutra. Além de mim e da Enfermeira A. participou um aluno do 2º ano da Licenciatura em Enfermagem, que se encontrava a estagiar.

As idades dos participantes estavam entre os 16 e os 60 anos

Foi afastada a mesa, para criar espaço que permitisse a deambulação.

Dispusemo-nos em círculo para permitir o contacto visual, pedi que se centrassem no momento e tentassem abstrair-se do resto.

Foram feitas três inspirações profundas, ao que se seguiram os vários tipos de passadas.

No momento em que foi pedido que executassem passadas como se fossem muito velhinhos, um utente jovem ficou parado com o olhar fixo.

Lembrei-me que o seu avô tinha morrido há pouco tempo, e que tal tinha sido bastante doloroso para si.

Cheguei junto dele, coloquei a sua mão no meu ombro e disse: às vezes os velhinhos precisam de ajuda e apoio para poderem passear. Ele começou a andar lentamente com a sua mão no meu ombro.

Questionei-me se deveria ter evitado as referências a pessoas velhinhas, mas penso que este momento foi ultrapassado com o meu apoio, pois vão ser muitas as situações em que ele se vai lembrar do avô.

Senti-me grata por ter a história do doente presente, e me ter rapidamente apercebido do seu bloqueio.

Terminámos dispostos, novamente em círculo e trocámos o olhar, imaginando o que cada um estava a pensar, sem verbalizar os pensamentos.

No final, realizámos novamente três inspirações e expirações profundas.

A mesa foi colocada ao centro da sala, com as cadeiras à volta da mesma.

Foram transmitidas as regras, estipulados no plano da Sessão em relação à atenção, respeito e avaliação.

Cada um escreveu no papel, o objecto que levaria consigo na viagem, e guardou-o à sua frente.

Um jovem demorou mais tempo a escrever pois reformulou várias vezes o que tinha escrito. Um participante perguntou se podíamos avançar, mas lembrei-me que temos de respeitar os outros esperando a sua decisão.

Quando todos terminaram, começámos, aleatoriamente, a partilha da nossa opção. Participaram 6 utentes, sendo uma do género feminino e 5 do género masculino, com uma média de idades de 27 anos.

As escolhas e seleção são apresentadas no quadro que se segue.

Utente/idade	Objeto escolhido	Debate
S. 16 anos	Foto da namorada ou algo que ela lhe tivesse oferecido.	Esta opção tinha a ver com a actual situação de necessidade de partilha com ela. Queria algo que lhe fizesse lembrar constantemente essa rapariga. Este objecto foi aceite por todos pois não representava perigo na nossa mala de viagem, além de permitir que a viagem fosse saboreada por este utente.
J. 19 anos	Computador ou máquina fotográfica	Este doente fez esta escolha, por serem dois objectos que o acompanham nas suas férias. O computador era importante para manter o contacto com a família e amigos. A máquina fotográfica para registar o momento. Um utente disse que não devia levar o computador porque não iria saborear as férias, ao estar em contacto permanente com os problemas habituais. Gerou-se um pequeno debate sobre esta questão e também sobre a falta de segurança ao levar o computador no avião. Ficou decidido, de comum acordo que só levaria a máquina fotográfica, eliminando o computador
M. 25 anos	Máquina de filmar e fotografar	Esta utente levava uma máquina com dupla função pois queria registar tudo para depois recordar. Gosta muito de fotografias. O grupo aceitou a sua escolha.
D. 60 anos	Máquina de fotografar e filmar	Este utente também optava por esta máquina para recordar a vida selvagem. Iria filmar paisagens e fotografar essencialmente animais, pois iria a um País Africano. O grupo aceitou a máquina na mala.
P. 31 anos	Caderno em branco	Este utente levaria só um caderno em branco, para registar o que sentia durante a viagem. Considera que tem uma cultura e conhecimento que deriva do que se observa e sente. Queria interpretar o mundo à sua maneira e pensa que cada um sente de maneira diferente. Este caderno também foi aceite na nossa mala.
B. 20 anos	Caneta de tinta preta	Este jovem hesitou na sua escolha. Gosta muito de escrever porque tem uma necessidade permanente de transmitir, o que sente, sob a forma escrita. Este doente tinha uma enorme necessidade de falar, tendo revelado vários episódios da sua infância, dos quais eu não tinha conhecimento. A sua viagem seria a Fátima para pagar uma promessa que a mãe fez e ainda não conseguiu pagar. Referiu que a escrita o faz sentir mais tranquilo, escrevendo em todo o tipo de papel...

No final colocámos todos os papéis dentro da nossa mala e recapitulámos todos os objectos seleccionados.

Verbalizaram terem achado interessante esta atividade, pois expressaram gostos pessoais e ficaram a conhecer melhor os outros elementos do grupo.

Como elementos dificultadores friso a sessão ter sido interrompida várias vezes; uma vez por auxiliares, outra vez por um médico que foi chamar uma para observar, outra vez por um utente que tinha regressado do café e queria integrar o grupo. Foi-lhe explicado que naquele momento já não poderia, para não perturbar a dinâmica.

Estas interrupções fazem quebrar a linha de pensamento, e inclusive foram repudiadas por alguns utentes, que estavam concentrados no exercício.

Por ser dia de São Martinho, a Enfermeira A. tinha feito chá, café e castanhas assadas para partilhar com os utentes.

Quando levámos o tabuleiro para a sala, ficaram todos agradados, tendo participado e agradecido. Nesta fase os outros utentes juntaram-se ao grupo.

Considero esta sessão muito positiva, pois permitiu exteriorizar sentimentos, e senti que conseguiram descentrar um pouco a sua atenção no doloroso momento presente, conseguindo “viajar” num futuro que cada um tem ao seu alcance.

O feedback da Enfermeira, como especialista, também foi positivo, pois de uma forma lúdica conseguiram-se colher dados relativos a cada pessoa, foram debatidos temas como segurança e prioridades nas escolhas.

Apêndice V

Plano de Sessão de Relaxamento “Autógeno de Schultz”

Sessão de âmbito Psicoterapêutico

Título

“Leveza”

Objetivos:

Promover o controlo de ansiedade e proporcionar relaxamento a um grupo de utentes com perturbação Psiquiátrica.

Promover a interiorização da necessidade de autocontrolo e benefícios inerentes.

Duração:

60 Minutos

Local:

Sala de soroterapia

Material:

Roupa confortável, música ambiente, cobertores e aquecimento ambiente

Estrutura da sessão:

1ª Parte – Explicação da técnica (5 minutos)

2ª Parte - Estabelecimento de regras (5 minutos)

3ª Parte – Realização da dinâmica: Relaxamento Autógeno de Schultz (30 minutos)

4ª Parte – Avaliação (10 minutos)

Avaliação da sessão:

A avaliação será qualitativa, pela partilha de sentimentos e das dificuldades sentidas, avaliação de Tensão arterial antes e depois da sessão e observação do enfermeiro durante todas as etapas.

Pertinência

As técnicas de relaxamento têm benefícios a nível físico e psicológico, objectivando benefícios terapêuticos. Ajudam a pessoa a desenvolver a capacidade para lidar, com os sintomas físicos, que contribuem para a ansiedade, de uma forma mais eficaz.

O objetivo destas técnicas prende-se com a redução dos estímulos e as percepções associadas ao sistema sensorial do corpo.

Guião

- Coloque-se numa posição confortável
- Certifique-se de que não necessita ir ao WC e que tem o telemóvel desligado
- Feche os olhos e concentre-se nas instruções
- Afirme mentalmente, eu estou completamente tranquilo e sinto-me bem
- Centre-se na sua respiração, com o ar a entrar...e a sair, chegando a todas as partes do seu corpo.
- Repita para si mesmo: “ **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**”

Mão direita

- Concentre-se na sua mão direita
- Liberte-a de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Uma mão relaxada é uma mão que não está bem aberta nem bem fechada
- Sinta a sua mão pesada, relaxada
- **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**

Braço e antebraço direito

- Concentre-se no seu braço e antebraço direito
- Identifique zonas de tensão
- Liberte-os de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Sinta todas as tensões a abandonar o seu braço e antebraço direito
- Sinta o seu braço pesado, relaxado
- **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**

Mão esquerda

- Concentre-se na sua mão esquerda
- Liberte-a de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Uma mão relaxada é uma mão que não está bem aberta nem bem fechada
- Sinta a sua mão pesada, relaxada
- **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**

Braço e antebraço esquerdo

- Concentre-se no seu braço e antebraço esquerdo
- Identifique zonas de tensão
- Liberte-os de todas as tensões
- Se for caso disso, procure uma posição mais confortável
- Sinta todas as tensões a abandonar o seu braço e antebraço esquerdo
- Sinta seu braço pesado, relaxado
- **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**

Ombros e pescoço

- Concentre-se agora nos seus ombros e pescoço
- Identifique zonas de tensão
- Liberte-os de todas as tensões
- Deixe os seus ombros descair
- Sinta os seus ombros e pescoço pesados
- E sinta-se pesado, relaxado
- **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**

Maxilar inferior e boca

- Concentre-se agora no seu maxilar inferior e boca
- Deixe descair a sua língua e pousar tranquilamente na sua boca
- Descontrai-a o maxilar, deixando-o relaxar
- Liberte-se de todas as tensões e sinta o seu maxilar descontraído
- Sinta a pele à volta da sua boca, lisa, macia, sem rugas
- **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**

Olhos, pálpebras e testa

- Concentre-se agora nos seus olhos, pálpebras e testa
- Descontraia as pálpebras que ficam pesadas sobre os olhos
- Sinta a pele em redor dos olhos lisa, sem rugas.
- Sinta a sua testa macia, lisa sem rugas
- Liberte-se de todas as tensões
- **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**

Cabeça

- Concentre-se agora na sua cabeça e nuca
- Imagine que o relaxamento se prolonga pela cabeça até à nuca
- Sinta a sua nuca pesada, descontraída
- Liberte-se de todas as tensões
- **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**

Costas

- Concentre-se agora nas suas costas
- Identifique zonas de tensão
- Elimine todas as tensões e sinta-se calmo
- Sinta as suas costas pesadas, a afundar no colchão/cadeirão
- **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**

Pé direito

- Concentre-se no seu pé direito
- Identifique zonas de tensão
- Liberte-o de todas as tensões
- Deixe o seu pé descair, rodando ligeiramente
- Sinta o seu pé direito pesado, muito pesado, a afundar
- **Sinto-me calmo, tranquilo, em paz**

Perna e coxa direita

- Concentre-se na sua perna e coxa direita
- Identifique zonas de tensão na perna e coxa direita
- Deixe a perna descair numa posição confortável
- Elimine todas as tensões

- Sinta a sua perna e coxa direita pesada, a afundar

- **Sinta-se calmo, tranquilo, em paz**

Pé esquerdo

- Concentre-se no seu pé esquerdo
- Identifique zonas de tensão
- Liberte o seu pé esquerdo de todas as tensões
- Deixe o seu pé descair, rodando ligeiramente
- Sinta o seu pé esquerdo pesado, muito pesado, a afundar
- **Sinta-se calmo, tranquilo, em paz**

Perna e coxa esquerda

- Concentre-se na sua perna e coxa esquerda
- Identifique zonas de tensão na perna e coxa esquerda
- Deixe a perna descair numa posição confortável
- Elimine todas as tensões
- Sinta a sua perna e coxa esquerda pesada, a afundar
- **Sinta-se calmo, tranquilo, em paz**

Visualização (A determinar pelo grupo no início da sessão)

Finalização

- Vamos tomar consciência do local onde estamos
- Abrir os olhos calmamente
- Sentir o nosso espaço e o nosso corpo
- Vamos mexer os dedos das mãos e dos pés
- Ao nosso ritmo, vamo-nos sentando e olhando uns para os outros
- Vamos espreguiçar-nos, activando todos os músculos e a circulação
- Avaliação pela partilha de sentimentos e visualização gráfica

Apêndice VI

Entrevista de ajuda

Entrevista de ajuda

13 de fevereiro de 2014

Esta entrevista ocorreu a pedido de uma utente, já conhecida nesta Instituição, onde era seguida pela Médica Psiquiatra e pela equipa de Enfermagem.

Raramente se encontrava estabilizada, por má adesão terapêutica, recorrendo frequentemente a ajuda de Enfermagem.

Tem 44 anos, não trabalha e vive com 3 filhos, na casa dos 20 anos, todos com debilidade mental e quadros frequentes de heteroagressividade.

Tem também uma filha mais velha, saudável, com 23 anos, mas que reside com a avó materna, por não suportar o ambiente familiar.

A sua vida, desde a Infância foi pautada por sofrimento e falta de afeto. Quando faltavam dois meses para ela nascer, o seu pai faleceu. A mãe transferiu a sua tristeza para a filha, nunca sendo afectuosa, facto que a marcou muito. A restante família, também nunca a aceitou muito bem, incluindo o padrasto, que a maltratava e desprezava.

A mãe era vítima de violência por parte do padrasto, continuando a sua vida dolorosa, com falta de amor e segurança.

Sempre teve baixa auto-estima e desde os dezasseis anos que apresentava anorexia nervosa, nunca tendo no entanto, sido seguida por profissionais.

Casou nova e teve 4 filhos. A relação com o marido não era boa, acabando por ficar sozinha com os filhos a seu cargo.

Tem o diagnóstico de Personalidade Esquizotípica com episódios diários de automutilação.

A má adesão terapêutica, leva a que esta utente tenha alguns internamentos e uma instabilidade permanente.

Sente-se desesperada porque os filhos necessitam de si, mas ela também está doente e é vítima de uma solidão e, neste momento, vítima dos próprios filhos, com os quais tem dificuldade em lidar.

Nesta entrevista, foram colhidos alguns dados, os quais ela ainda não tinha referido até hoje.

Verbalizou que precisava de algo que nunca teve, e quando perguntámos a que algo se referia, conseguiu expressar a sua baixa auto-estima e falta de carinho e de colo, os quais nunca teve.

Referiu que não conseguia sair de casa sem provocar mais uma lesão em si. Apresentava feridas, arranhões, queimaduras e zonas de feridas incisivas.

Perguntei se conseguia identificar a que é que atribuía essa necessidade, e ela respondeu que se calhar era para se castigar, porque quando um dos filhos era pequeno, queimou-se na água do banho, precisando de tratamento médico.

Este episódio nunca tinha sido relatado até este dia. Este sentimento de culpa, ainda hoje é carregado por si, pois certamente foi culpabilizada por isso, em vez de ela própria ser apoiada. Frisei que estes acidentes acontecem e não nos podemos culpabilizar pois são “acidentes involuntários”, aproveitando para relembrar que os acidentes voluntários é que podem ser evitados.

A Enfermeira perguntou-lhe como andava a sua alimentação. Disse que estava a ter mais cuidado, mas por vezes vomitava pois sentia-se a ficar gorda e feia. Esta utente é extremamente magra. Já tinha sido alertada de que uma situação de alopecia que apresentava, poderia ser causada por baixo consumo de proteínas e vitaminas, andando agora a fazer um esforço para comer melhor.

Foi ainda apurado que aos 17 anos foi seguida por um Endocrinologista, por atrasos menstruais frequentes, o que poderá estar associado a este distúrbio do comportamento alimentar, pois a utente refere que, já com 12/13 anos, dava o seu lanche ao irmão, para a mãe não descobrir que ela não comia.

Apesar de andar há vários anos a ser acompanhada, senti esta entrevista de ajuda como sendo a primeira, com a mesma atenção, a mesma capacidade de escuta, a mesma disponibilidade e a mesma empatia.

Abordou-se a importância de olhar para si não com olhar punitivo, mas sim com um olhar de uma pessoa que tem todos os direitos a ser feliz, sem sentimentos de culpa.

A entrevista terminou com uma pergunta da enfermeira “O que posso fazer por si?”

A utente respondeu: *Já fizeram bastante ao ouvir-me. Só aqui é que eu encontro alguém com quem falar.*

“ A partir do momento em que a equipa de saúde é capaz de determinar os problemas de saúde do cliente e encontrar respostas satisfatórias, este assume um papel cada vez mais activo na gestão da sua saúde e da sua vida.” (Chalifour, 2008.P. 123)

Cada vez me sinto mais realizada, ao ver a importância que é dada ao Enfermeiro, revelando confiança e recorrendo à sua ajuda como acto terapêutico.

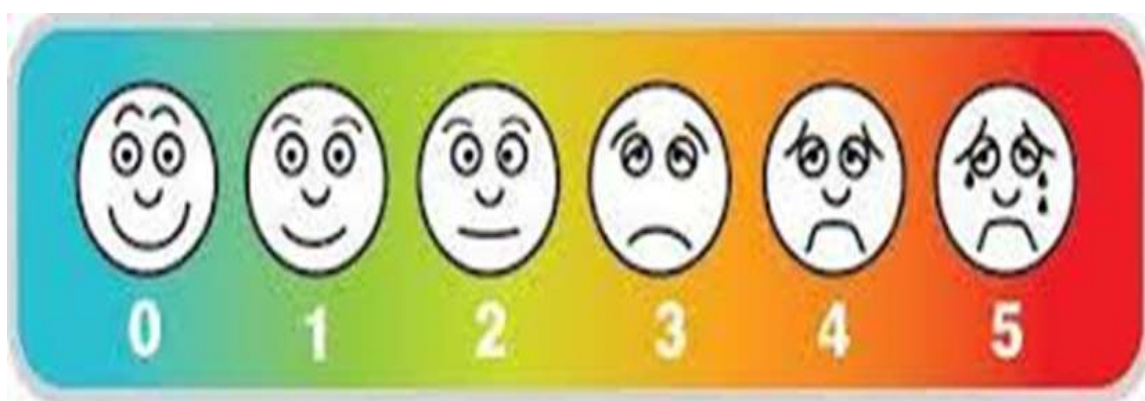
“A entrevista é um tipo particular de comunicação humana que visa essencialmente “ajudar o outro a ajudar-se a si mesmo”....(devendo) o entrevistador criar uma atmosfera de confiança e respeito, encorajando o cliente a descobrir quem é e os recursos que possui.” (Chalifour, 2009.P.59)

Esta pessoa, que revela ter capacidades e recursos, precisa de facto, de um suporte que promova a sua autoconfiança e melhore a sua auto-estima, suporte este que é encontrado nos Profissionais de Enfermagem.

ANEXOS

Anexo I

Escala visual analógica adaptada da
escala de faces de dor, para avaliação
de bem estar, pré e pós relaxamento



0 – Muito relaxado

1 – Relaxado

2 – Pouco relaxado

3 – Alguma tensão

4 – Muito tenso

5 - Extremamente tenso

Anexo II

Técnica do “percurso de vida” utilizado para
colheita de dados

Atividade 8: Direitos Políticos
 Direitos Humanos
 Direitos Políticos
 Direitos Políticos
 Direitos Políticos

Nascimento do espírito de competição
 Jogo no Chapote (10m)
 matemática com bolas, peças, -
 matemática
 Foto espantoso (12 anos, 14 anos)
 BELLITT (8 anos)
 Gravitador
 Rede de pontos da gravitador
 Tenda e Jogo
 Planos do Charlet com vento com-de-rosas e o gato.
 1 foto espantoso (10 anos)
 (D. Fins) da Rede de Jogo, 10 anos e 18m
 TRUENOS (bolas, jogo)
 Jogo (10 anos)

1º jogo matemático
 Símbolo Político (2º ano fundado)

2012: Tentativa suicida
 - Após desistência e da Bolina (2 crianças comp.)

Viagem da Bolina com a mãe

2009: Tentativa suicida planejada
 - Após com a Mãe e Bolina

13-14 anos
 - Tentativa de se ao campo de futebol com a Bolina pela mãe.

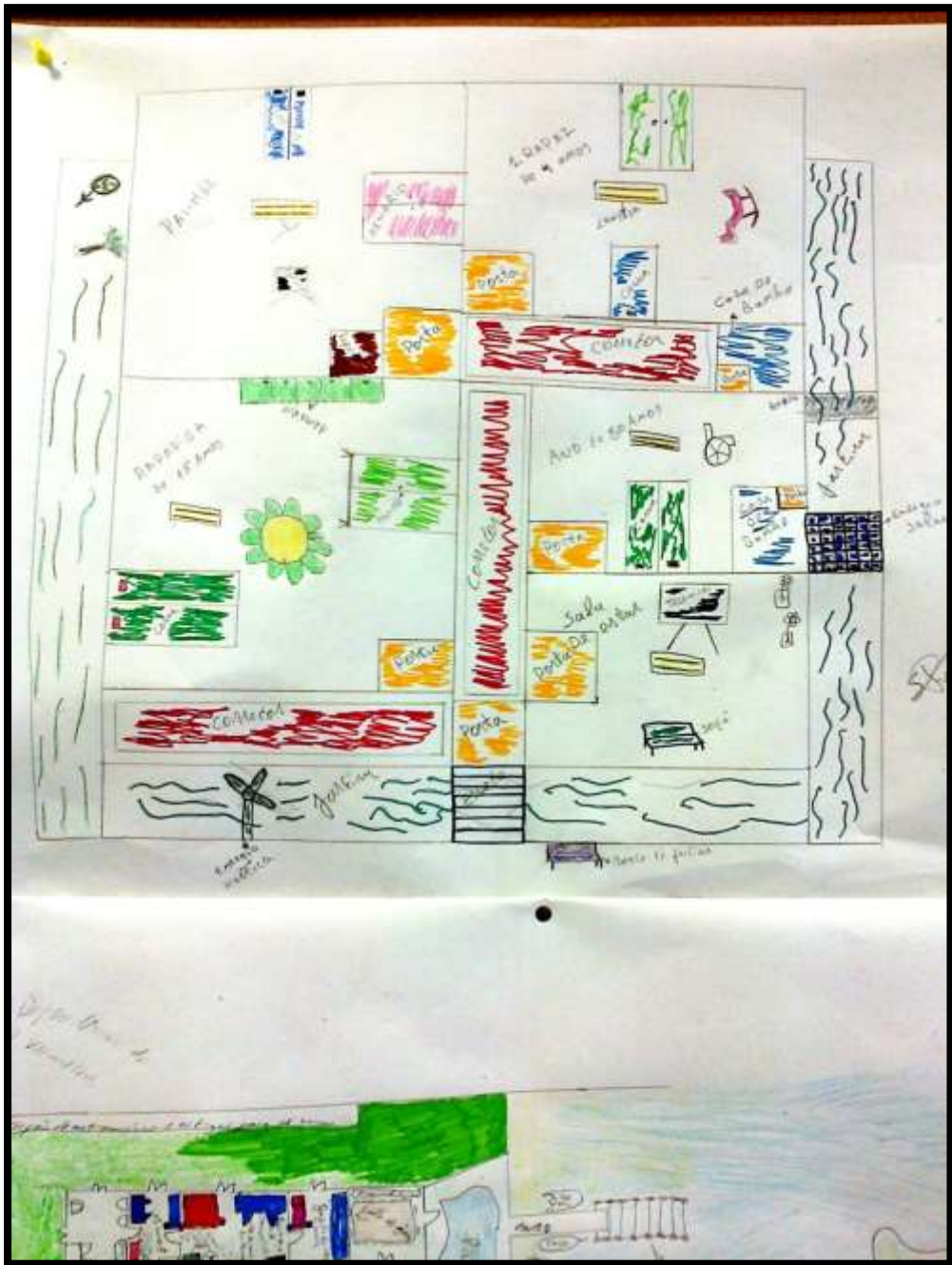
12 anos: Proibição de ir a Jovem

15: Viagem ao Canadá
 - Após 18 anos sentiu que estava a perder a mãe.

Anexo III

Fotografias da atividade

“Projeto de arquitetura”



Deft. Court
 City of New York



Hand-drawn floor plan
 of the school building

N
 S
 E
 W

Implementação e avaliação da sessão “Projeto de arquitetura”

Etapas	Técnica	Tempo	Avaliação
Preparação do espaço físico	Promover mesas em separado para executar trabalho em grupo	5 minutos	Todo o grupo colaborou
Explicação do exercício a executar	Exposição oral	5 minutos	Todo o grupo se revelou atento e interessado no exercício
Divisão em grupos	Pedir que se organizem autonomamente dividindo-se em grupos de 2 ou 3	5 minutos	Formaram dois grupos de 2. Posteriormente chegou outra utente que se juntou a um dos grupos
Realização do exercício	Desenho em papel cenário, com lápis de carvão e régua	50 minutos	Em cada um dos grupos houve 2 utentes que lideraram o exercício. Com o meu incentivo, todos colaboraram, quer a desenhar, quer a pintar.
Discussão	Explicação do projeto por grupos, através de um porta voz mas com colaboração de todos	30 minutos	Foram feitos elogios e críticas construtivas, tendo sido entendidas e bem aceites por todos. O grupo manifestou agrado pelo exercício, tendo revelado criatividade

Anexo IV

Certificado Curso de Comunicação

Certificado de Formação Profissional

Certifico que Maria Teresa Mariana Nogueira de Carvalho Elias natural de Colónia nascida em 20/03/1966, com o N.º de Cartão de Cidadão 37684493-12700 estado até 16/09/2018, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de A Comunicação no Ambiente da Saúde, em 21/11/2018, com a duração de 1100 horas.

CENTRO DE FORMAÇÃO
DO CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Unidades de Formação/Módulos/Cursos Designações	Horas (teóricas)	Classificação 0,20
Introdução ao curso	1:00	
Módulo I - A Comunicação Interpessoal: Modelo comunicacional, barreiras à comunicação, as dimensões comunicacionais	2:00	
O feedback na comunicação: O poder da comunicação não verbal; A escuta ativa: obstáculos e técnicas de escuta	2:00	
O papel da percepção e da motivação na comunicação; Fatores influenciadores da percepção, inteligência emocional	2:00	
Atitudes comunicacionais e seus efeitos no interlocutor; Regras da comunicação interpessoal; A sensibilidade e a não assertividade; Comunicação assertiva	3:00	
Módulo II - Gestão Estratégica de Conflitos: comunicar com personalidades difíceis	1:00	
Técnicas de comunicação em clima de tensão; Técnicas de gestão de conflitos; As forças e as artimanhas de gente conflituosa; Cooperação ou comunicação?	2:00	
A pessoa com emoções: Exatidão e estimulação; Estudo de caso	2:00	
Técnicas de competências comunicacionais no âmbito do Cuidar	5:00	
Apresentação e avaliação de portfólio	3:00	
Módulo III - A Comunicação em Contexto de Doença: competências em comunicação - conhecimentos técnicos, aptidões facilitadoras	2:00	
Transmissão de notícias difíceis	2:00	
Situações problemáticas: comunicação do doente; comunicação familiar	2:00	
Protocolos de intervenção	2:00	
Avaliação	2:00	
Total FICJ	17	

Anexo V

Certificado das Jornadas de Psico oncologia

ACADEMIA PORTUGUESA DE



PSICO-ONCOLOGIA

XI CONGRESSO PORTUGUÊS DE PSICO-ONCOLOGIA

"Viver após o Cancro"

11 e 12 Outubro 2013

Hotel D. Luís - Coimbra



DIPLOMA

Certifica-se que

Maria Teresa Elias

Participou no XI CONGRESSO PORTUGUÊS DE PSICO-ONCOLOGIA – "VIVER APÓS O CANCRO" – realizado nos dias 11 e 12 de Outubro de 2013, no Hotel D. Luís – Coimbra.

Coimbra, 12 de Outubro de 2013

Pe' A Comissão Organizadora

Emília Albuquerque

Dra. Emília Albuquerque

Anexo VI

Certificado das Jornadas de Complementaridades



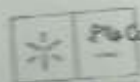
Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA

Para os devidos efeitos se declara que Rúcia Faria Ribeiro Elias
frequentou, como formando(a), as **IX Jornadas de Enfermagem – “Complementaridades entre Enfermagem e Terapias Não Convencionais”** realizadas pela **Associação de Estudantes da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian**, em colaboração com a **Universidade do Minho**, que decorreu no auditório do Instituto Português do Desporto e da Juventude de Braga, nos dias **22 e 23 de Novembro de 2013**, num total de 11 horas.



Braga, 22 de Novembro de 2013



Pls Comissão Científica

Assinado: [Signature]

A Presidente da Associação de Estudantes da Escola Superior de
Enfermagem Calouste Gulbenkian:

Assinado: [Signature]



Anexo VII

Certificado das XXI Jornadas da Adolescência



CERTIFICADO

Maria Teresa Figueira Fias

esteve presente

no XXI Encontro da Adolescência, organizado pelo Núcleo de Estudos do Suicídio, realizado a 28 e 29 de Novembro de 2013 no Auditório dos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa.

Lisboa, 28-11-2013

A Organização

Anexo VIII

Certificado do Workshop de Musicoterapia

ENCONTRO DA
ADOLESCÊNCIA

CERTIFICADO

Maria Tereza Moreno Farias

frequentou o workshop

Musicoterapia

no XXI Encontro da Adolescência, organizado pelo Núcleo de Estudos do Suicídio, realizado a 28 e 29 de Novembro de 2013 no Auditório dos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa.

Lisboa, 28-11-2013

A Organização

